

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA

Medicina Física y Rehabilitación (Hidrología Médica)



## **TESIS DOCTORAL**

**El debate médico en torno a la rehabilitación en España, (1949-1969)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Ana María Águila Maturana**

Director

Antonio Álvarez Badillo

**Madrid, 2007**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION.  
HIDROLOGIA MEDICA



# **EL DEBATE MEDICO EN TORNO A LA REHABILITACION EN ESPAÑA (1949-1969)**

**TESIS DOCTORAL**

ANA MARIA AGUILA MATURANA

2000





UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA  
Y DE REHABILITACIÓN • HIDROLOGÍA MÉDICA

ANTONIO ÁLVAREZ BADILLO, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA Y  
PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y DE  
REHABILITACIÓN E HIDROLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE DE MADRID,

CERTIFICO que Doña ANA MARÍA ÁGUILA MATURANA, ha realizado bajo  
mi dirección el trabajo de investigación titulado "EL DEBATE  
MÉDICO EN TORNO A LA REHABILITACIÓN EN ESPAÑA  
(1949-1969)". Este trabajo tanto por su interés como por su  
originalidad, reúne todos los requisitos y condiciones necesarios  
para ser presentado y defendido públicamente para optar al  
Grado de Doctor por esta Universidad Complutense de Madrid.

Y para que conste, lo firmo en Madrid, a cinco de Septiembre de  
dos mil.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Álvarez Badillo", with a long horizontal stroke extending to the left.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA  
Y DE REHABILITACIÓN • HIDROLOGÍA MÉDICA

LUIS PABLO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, CATEDRÁTICO-DIRECTOR DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN.  
HIDROLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID,

CERTIFICA que Doña ANA MARÍA ÁGUILA MATURANA, ha realizado el  
trabajo de investigación titulado "EL DEBATE MÉDICO EN  
TORNO A LA REHABILITACIÓN EN ESPAÑA (1949-1969)",  
bajo la dirección del Profesor de este Departamento Don Antonio  
Álvarez Badillo. Este trabajo ha sido sometido al criterio del  
Departamento que ha dado su conformidad para que pueda ser  
presentado y defendido públicamente para optar al Grado de  
Doctor por esta Universidad Complutense de Madrid.

Madrid, 11 de Septiembre de 2000





## **DEDICATORIA**

*A mi familia, sin su cariño y apoyo  
nunca hubiera podido elaborar este trabajo.*

*En especial a Antonio, Begoña y Pedro.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A José Martínez Pérez, por su desinteresada e inestimable ayuda, durante todas las fases desde este trabajo. Desde el principio, cuando le dedicaba tiempo sin estar todavía delimitado el tema, hasta el final, pues sus rigurosos comentarios han fortalecido el trabajo.*

*A José María Climent Barberá, por haberme permitido leer su libro que todavía no está publicado. De él he obtenido una visión histórica de la Rehabilitación en España, que difícilmente hubiera podido conseguir de no ser por su generosidad y su obra.*

*A mi jefe, Juan Carlos Miangolarra Page, por su comprensión y tolerancia, que me ha permitido dedicar más horas a la elaboración de este trabajo.*

*A los primeros médicos rehabilitadores, que dedicaron su entusiasmo y conocimientos a conseguir el reconocimiento oficial de la especialidad. Ellos, gracias a sus trabajos me han transmitido su experiencia, su ilusión, su convicción y su voluntad para conseguir llegar a la meta.*

*A Antonio Alvarez Badillo, director de la tesis, cuyos consejos y muestras de confianza fueron siempre un apoyo y un estímulo para llevar adelante este trabajo.*

# INDICE

<b>I.- INTRODUCCION .....</b>	<b>4</b>
<b>II.- OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>III.- MATERIAL Y METODO .....</b>	<b>13</b>
<b>IV.- RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>18</b>
<b>1. BREVE EVOLUCION HISTORICA DE LA FIGURA DEL INVALIDO .....</b>	<b>19</b>
1.1. PREHISTORIA .....	23
1.2. ANTIGÜEDAD .....	24
1.3. ANTIGÜEDAD CLÁSICA .....	26
1.4. EDAD MEDIA .....	28
1.5. EDAD MODERNA .....	29
1.6. EDAD CONTEMPORÁNEA .....	33
<b>2. CONCEPTO Y CONTENIDOS DE LA REHABILITACION: LA OPINION DE LOS MÉDICOS .....</b>	<b>39</b>
2.1. CONCEPTO .....	40
2.2. CONTENIDOS DE LA REHABILITACIÓN .....	52
2.2.1. <i>Contenidos</i> .....	53
2.2.2. <i>Su relación con otras especialidades</i> .....	68
2.2.3. <i>En el ámbito internacional</i> .....	79
<b>3. ARGUMENTACION MEDICA EN TORNO A LA ESPECIALIZACION EN REHABILITACION.....</b>	<b>88</b>
3.1. ARGUMENTOS RELIGIOSOS: EL INVÁLIDO Y LA CARIDAD .....	91
3.2. ARGUMENTOS TECNOLÓGICOS: EL PROGRESO DE LA MEDICINA .....	94
3.3. ARGUMENTOS SOCIALES: NUEVA CONCEPCIÓN DEL INVÁLIDO .....	100
3.4. ARGUMENTOS ECONÓMICOS: EL INVÁLIDO COMO INDIVIDUO RENTABLE .....	110
3.5. FENÓMENOS MORBOSOS: LA APARICIÓN DE LAS EPIDEMIAS DE POLIOMIELITIS.....	113
<b>4. LUCHA CONTRA LA INVALIDEZ: ACCIONES SOCIALES FRENTE AL INVALIDO.....</b>	<b>118</b>
4.1. EL ANTECEDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE REEDUCACIÓN DE INVÁLIDOS .....	120
4.2. PLANTEAMIENTO DE LA LUCHA SANITARIA CONTRA LA INVALIDEZ Y LOS PRIMEROS PASOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA .....	127
4.3. ESTABLECIMIENTO DE LA LUCHA SANITARIA: PATRONATO DE REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN DE INVÁLIDOS Y OTRAS INICIATIVAS.....	134
4.4. DIFICULTADES DE LA REHABILITACIÓN DEL INVÁLIDO DEL APARATO LOCOMOTOR.....	156
4.5. CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE REHABILITACIÓN .....	158

<b>5. PLANTEAMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE RECUPERACION FUNCIONAL. LA READAPTACION LABORAL.....</b>	<b>161</b>
5.1. OBSERVACIONES PREVIAS SOBRE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN .....	163
5.2. PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN .....	167
5.3. CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN .....	174
5.4. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN .....	179
5.5. LA READAPTACIÓN LABORAL.....	181
 <b>6. EL PERSONAL ESPECIALIZADO: ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y FORMACIÓN.....</b>	<b>200</b>
6.1. TRABAJO EN EQUIPO.....	201
6.2. PERSONAL PARAMÉDICO .....	204
6.3. MÉDICO ESPECIALISTA.....	220
6.3.1. <i>Asociaciones profesionales</i> .....	224
6.3.2. <i>Especialización y formación</i> .....	232
6.3.3. <i>Reconocimiento oficial de la especialidad</i> .....	240
 <b>7. LA LLEGADA DE LAS EPIDEMIAS DE POLIOMIELITIS: DEMANDA SOCIAL DE REHABILITACION (1949-1964).....</b>	<b>245</b>
7.1. LA POLIOMIELITIS EN LOS AÑOS CINCUENTA Y SESENTA .....	246
7.1.1. <i>Antecedentes históricos</i> .....	246
7.1.2. <i>Conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	249
7.2. ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA SANITARIA CONTRA LA POLIOMIELITIS .....	268
7.2.1. <i>Organización de la asistencia médica infantil antes de la Lucha Sanitaria contra la poliomielitis</i> .....	268
7.2.2. <i>Cristalización de la Lucha Sanitaria contra la poliomielitis</i> .....	272
7.2.3. <i>Actividades científicas del personal especializado en torno a la poliomielitis</i> .....	279
7.2.4. <i>Divulgación y educación pública sobre poliomielitis</i> .....	285
7.2.5. <i>Asistencia sanitaria en la poliomielitis: los cuidados médicos</i> .....	289
7.3. ASISTENCIA SANITARIA EN LOS ENFERMOS CON POLIOMIELITIS: LOS CUIDADOS REHABILITADORES .....	296
7.3.1. <i>Organización en la asistencia sanitaria</i> .....	297
7.3.2. <i>Cuidados rehabilitadores en la fase aguda</i> .....	303
7.3.3. <i>Cuidados rehabilitadores en la fase de recuperación motora:</i> .....	313
7.3.4. <i>Cuidados rehabilitadores en la fase de secuelas paralíticas</i> .....	332
7.3.5. <i>Pulmones de acero: esperanza en la afectación respiratoria severa</i> .....	339
7.3.6. <i>Resultados del tratamiento rehabilitador</i> .....	346
7.3.7. <i>Aspectos psicológicos en el niño poliomielítico</i> .....	348
7.4. LA LLEGADA DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA. ....	350

<b>8. A MODO DE EPÍLOGO.....</b>	<b>359</b>
----------------------------------	------------

<b>V.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>364</b>
------------------------------	------------

<b>VI.- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>367</b>
-------------------------------	------------

<b>VII.- ANEXOS.....</b>	<b>393</b>
--------------------------	------------

## **I.- INTRODUCCION**

## I.- INTRODUCCION

En España, la vida oficial de la especialidad de Rehabilitación es corta, se remonta a tan sólo 30 años. Sin embargo, la actividad rehabilitadora ha existido desde siempre. Se han encontrado restos que datan de la Antigüedad, de los que podemos estimar que ya se ofrecían cuidados a los inválidos, como por ejemplo la presencia de ayudas para la marcha del tullido.

Con la llegada en el siglo XX se manifestaron una serie de contingencias que propiciaron el desarrollo de la nueva actividad especializada (1). De un lado factores tecnológicos como la mecanización de las industrias; factores económicos con el afán del Estado de conseguir inválidos “productivos”; la introducción de nuevos derechos y obligaciones sociales, en los que se exigía la igualdad de derechos para los inválidos; los factores demográficos como con el progresivo envejecimiento de la población y las guerras; e incluso la aparición de procesos infecciosos en forma de epidemias como el caso de la polio. Todos estos factores pudieron favorecer la consolidación de una nueva actividad médica en España: la Rehabilitación.

Un momento relevante en la historia de una especialidad es cuando se consigue su reconocimiento oficial en el ámbito legislativo. Este hecho en la especialidad de Rehabilitación en España, ocurrió en 1969. Nuestro estudio históricamente se ha centrado en la situación previa a la institucionalización de esta especialidad, concretamente en las dos décadas anteriores. Y de otro lado hemos analizado el debate médico desarrollado en torno a esta actividad especializada.

Los motivos por los que hemos acotado el estudio de nuestro trabajo, el debate médico en torno a la Rehabilitación en España (1949-1969), han sido fundamentalmente tres.

En primer lugar, la trascendencia e interés del estudio de una especialidad en la etapa previa a su reconocimiento oficial, porque es en este momento histórico en el que se reafirma la necesidad de esta actuación especializada, también es cuando se

---

<sup>1</sup> Aguado Díaz AL. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial 1995.

consolidan sus contenidos científicos o doctrinales, y se delimita su ámbito de actuación respecto de otras especialidades médicas y paramédicas.

En segundo lugar, la escasez de bibliografía secundaria en torno a este periodo histórico de la actividad especializada, también nos ha motivado a estudiar este problema.

Y en último lugar, un interés personal por descubrir lo que podríamos considerar el último trimestre de la gestación de nuestra especialidad, para finalmente acabar con el alumbramiento al reconocerse oficialmente la especialidad.

En el análisis del estado de la cuestión, la Rehabilitación española en la década de los años cincuenta y sesenta, hemos encontrado y analizado la siguiente bibliografía secundaria.

En primer lugar, hemos tenido la suerte de poder consultar un libro inédito sobre la historia de Rehabilitación en España, *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*, escrito por José M<sup>a</sup> Climent Barberá (2). De él hemos obtenido información inestimable, no sólo del periodo de nuestro estudio, sino que ha llegado hasta el momento actual. A parte de aportar la “contribución española en el campo de la Medicina Física y de Rehabilitación, hace un énfasis especial en los vínculos existentes entre la actividad científica de la especialidad y las ideas europeas circulantes en cada época”. Su libro se estructura en cuatro apartados, los antecedentes de los procedimientos físicos, las bases de la especialización, el inicio de la actividad especializada y el reconocimiento oficial.

Entre “*Los antecedentes de los procedimientos físicos*” utilizados en Rehabilitación, ha comentado las obras de autores tan importantes como Luis de Mercado y su interés en el álgebra manipulativa y, la primera obra impresa sobre ejercicio terapéutico que escribió Cristóbal Méndez. También ha analizado aquí el trabajo de Juan Luis Vives y su relación con invalidez, exponiendo la necesidad de que los inválidos “capaces” trabajaran.

En “*Las bases de la especialización*”, Climent ha considerado que es cuando se sientan los contenidos científicos necesarios para construir una especialidad sólida. En este sentido ha expuesto los antecedentes del ejercicio terapéutico, el

---

<sup>2</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.



masaje y otras terapias manuales, y la electricidad médica, tanto en Europa como en España. También ha analizado aquí la obra de Sebastián Busqué Torró, por ser el autor que utilizó por primera vez la palabra Rehabilitación en el sentido actual.

El apartado titulado *“El inicio de la actividad especializada”*, nos ha sido muy útil en cuanto que nos ha permitido situarnos y contextualizarnos en la etapa previa a la de nuestro estudio. Aquí ha estudiado a los “primeros” profesionales españoles dedicados a la Rehabilitación, y a la primera institución oficial, el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, de la que nosotros también hemos hablado ampliamente en nuestro trabajo.

Finalmente, en *“El Reconocimiento oficial de una nueva especialidad médica”*, nos ha aportado información muy valiosa para nuestro estudio. Recoge aspectos tanto de actividad asistencial, como de organización profesional o de docencia universitaria. Su especial punto de vista por ser además médico rehabilitador, hace que tenga especial atractivo a los interesados por la Historia de la Rehabilitación.

También ha sido de gran ayuda el original de Juan Parreño titulado *la Rehabilitación de los minusválidos físicos en la legislación española* (3). En este trabajo se ha recopilado toda la legislación existente en torno al inválido, en España y durante el periodo de finales del siglo XIX hasta 1976. Los aspectos legales recogidos estaban estructurados en los siguientes apartados: las Instituciones y Centros, la Rehabilitación propiamente dicha, la valoración y calificación de inválidos, la educación y formación, las ayudas económicas y de empleo, y las barreras arquitectónicas y de movilidad.

En este trabajo, Parreño destacaba la necesidad de unificar la terminología referente al discapacitado, dado el gran número de términos empleados dentro de la normativa legal. Apuntaba que el médico rehabilitador debía de dirigir el desarrollo del programa terapéutico desde la fase de prevención de la invalidez, a la de reentrenamiento y reinserción laboral.

También señalaba la necesidad de dotar al país de una red de centros de Rehabilitación y la organización de campañas de prevención de minusvalías

---

<sup>3</sup> Parreño Rodríguez JR. *La Rehabilitación de los minusválidos físicos en la legislación española. Rehabilitación* 1976;10: 393-408.

congénitas y adquiridas. Por último, destacaba la necesidad de crear un organismo gestor que coordinara toda la asistencia de los minusválidos, pues se encontraba dispersa en los Ministerios de Trabajo, de Educación y Ciencia, de Hacienda, de Vivienda, etc. Este trabajo nos ha aportado información legislativa, y datos muy prácticos referentes a las necesidades de la Rehabilitación en España en los años limítrofes al reconocimiento oficial.

La Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina del Académico Cecilio González Sánchez, titulada “*Pasado, presente y futuro de la Rehabilitación*”, ha aportado información muy valiosa para la elaboración de esta tesis (4). La exposición estaba centrada en el caso de España, aunque se hacían alusiones a la situación internacional de la especialidad. González recogía en su trabajo cómo se organizó la actividad rehabilitadora en el siglo XX, describiendo con mayor detalle las décadas de los años cincuenta y sesenta, periodo que coincide con el que hemos estudiado. González consideraba que la actividad rehabilitadora médica en España durante este periodo funcionaba muy bien, pero no existía una organización estatal de la misma, sobre todo en el plano laboral.

Concluía su trabajo exponiendo que era imprescindible crear un organismo rector de la Rehabilitación, con las misiones de planificar, colaborar, coordinar y fomentar todas las actividades relacionadas con la Rehabilitación. Y de otro lado, insistía especialmente en la necesidad de que existieran disposiciones legales adecuadas sobre la formación profesional y colocación de inválidos. Tras la recuperación funcional de los inválidos, se consideraba que era necesario reincorporar al paciente a la vida laboral para conseguir su Rehabilitación completa.

De otro lado, tras la comunicación de González se llevó a cabo un debate entre académicos e invitados que recogía distintos puntos de vista de personas ilustres en este campo, en el que se planteaban discrepancias y acuerdos con el ponente. Por este motivo, este trabajo nos ha aportado información muy contrastada sobre el periodo histórico objeto de nuestro estudio.

---

<sup>4</sup> González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII:7-31.

El trabajo de Hernández Gómez, "*La Rehabilitación en España*", también ha contribuido en la elaboración de este trabajo (5). Para este autor, la Rehabilitación en el siglo XX la Rehabilitación ha pasado por tres etapas, la dorada, la traumatológica y la de la Seguridad Social. En la *etapa dorada* valoraba el auge y el interés generado en el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, donde se realizaba Rehabilitación con el objetivo de la reincorporación laboral.

En la *etapa traumatológica*, que correspondería al periodo histórico estudiado en nuestro trabajo, este autor exponía, como los traumatólogos y cirujanos ortopédicos fueron los encargados de impulsar la Rehabilitación. No obstante, a juicio del autor, esto se llevó a cabo de forma parcial, ya que sólo atendían a los inválidos generados por su especialidad, es decir fundamentalmente los del aparato locomotor. Aunque en un análisis posterior, Hernández Gómez, valoraba que los años sesenta fueron especialmente productivos en cuanto a la formación de médicos especialistas dedicados a la "Medicina de la Invalidez", de cualquier etiología y localización. La información que nos ha aportado el trabajo sobre esta época, nos ha permitido contrastar los datos y analizar el testimonio de un médico que trabajó durante esta etapa en el ámbito de la Rehabilitación.

Finalmente, en la tercera etapa de la Rehabilitación, que según Hernández Gómez, se iniciaría a mediados de los años setenta, y que Hernández Gómez denominó la *etapa de la Seguridad Social*, se conseguía promocionar socialmente al inválido y reincorporarle por fin al mundo laboral. Durante este periodo se crearía, a juicio del autor un organismo destacado como fue el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM), que con distintos nombres ha pervivido hasta nuestros días.

Con estos antecedentes bibliográficos y las fuentes médicas consultadas, nos hemos planteado los objetivos expuestos a continuación en torno al estudio de la Rehabilitación en España durante los años 1949-1969.

---

<sup>5</sup> Hernández Gómez R. La Rehabilitación en España (1). *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1974; X: 51-59.

## **II.- OBJETIVOS**

## OBJETIVOS

7

1. Situar y describir, a través del testimonio de los médicos de la época, cómo se articuló la actividad rehabilitadora durante los años 1949-1969 en España.
2. Exponer los argumentos encontrados en la literatura médica española, sobre la necesidad de instaurar una nueva actividad médica especializada en el ámbito de la Rehabilitación. Describiendo de este modo los factores que influyeron y propiciaron el impulso para conseguir la nueva especialización..
3. Emplazar la actividad asistencial y docente de la Rehabilitación en el contexto médico de los años cincuenta y sesenta en nuestro país, detallando cómo era entendida esta actividad por el colectivo de médicos y cómo el Gobierno organizó en el ámbito estatal esta actividad asistencial..
4. Estudiar cómo se organizó la división de la labor dentro de la Medicina de Rehabilitación, y cómo fue el funcionamiento y organización de los departamentos de recuperación funcional.
5. Mostrar la manera en que la actividad del médico especializado en Rehabilitación, tendió a distinguirse de la de médicos de otras especialidades afines, y de la del personal paramédico del ámbito de la Rehabilitación.

6. Especificar si las epidemias de poliomielitis llegadas a la península a finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta, supusieron un impulso en la consolidación e institucionalización de esta actividad asistencial rehabilitadora, y si lo fueron, señalaremos en qué aspectos fue más relevante.
7. Reseñar cómo el Estado actuó frente a las epidemias de poliomielitis, poniendo en marcha Campañas de Lucha Sanitaria así como la dotación de una infraestructura para atender a las personas afectadas por esta enfermedad.
8. Describir el tratamiento de la poliomielitis desde un punto de vista rehabilitador, resaltando aquellos aspectos en los que la infección supuso un impulso en el arsenal terapéutico y diagnóstico de la Medicina Física y de Rehabilitación.

### **III.- MATERIAL Y METODO**

### III.- MATERIAL Y METODO

En medicina como en otras ciencias, el origen del conocimiento se halla en la realidad, en los hechos, observados e interpretados por el hombre. La búsqueda de la información debe aproximarnos a ellos. El objetivo de nuestra indagación es encontrar el material original comunicado por el investigador que lo llevó a cabo, por esto nuestra meta es el artículo original.

Para la elaboración metodológica del trabajo nos hemos guiado por el método clásico de Walter Artelt que comprende tres fases (6). En la fase heurística, hemos buscado las fuentes y recopilado el material bibliográfico. En la fase crítica se ha ordenado las fuentes y bibliografía secundaria por temas. Y en la fase hermenéutica se ha procedido a la interpretación objetiva de los hechos.

En la fase heurística, los **términos descriptores** del trabajo fueron Rehabilitación, poliomielitis y España. También utilizamos todos sus sinónimos en la época de estudio como readaptación funcional, recuperación funcional, Medicina Física, fisioterapia, terapia física, inválido, polio, parálisis infantil.

En cuanto a la **extensión** de la búsqueda bibliográfica, acotamos la búsqueda del siguiente modo. Las fuentes consultadas fueron cualquier tipo de literatura accesible, como artículos publicados en revistas periódicas del ámbito de la pediatría, rehabilitación, traumatología y ortopedia, aunque también se buscaron citas del ámbito de la medicina interna o la epidemiología. Se examinaron libros, folletos divulgativos, carteles y pósteres. Respecto al idioma, el grueso fundamental era en español, ya que el trabajo se centraba en nuestro país, pero también se consultó bibliografía secundaria en inglés y francés. El período de tiempo estudiado abarca desde 1949 hasta 1969.

El objetivo final de la búsqueda han sido los artículos científico ya que son los trabajos más “vivos” y candentes, reflejo más fiel de un momento determinado de la historia, mientras que los libros suelen estar escritos a posteriori y de una forma más

---

<sup>6</sup> Da Costa Carballo CM. *Introducción a la información y documentación médica*. Barcelona: Masson SA, 1996.



comedida y mesurada. También hemos comentado artículos o libros que estaban en las secciones de Crítica de la literatura en las revistas consultadas.

Se realizó la búsqueda en las siguientes bibliotecas y bases de datos.

En los catálogos por materias de las bibliotecas de la Unidad de Historia de la Medicina de la UCM y en la Biblioteca Nacional, bajo el formato de fichas en papel. En la Unidad de Historia de la Medicina de la UCM, se consultó manualmente su archivo incluyéndose además de las palabras clave antes señaladas, las de traumatología y Ortopedia, Historia General de la Medicina, Medicina siglo XX. También se consultó el Catálogo de los fondos de la BN, para consultar las publicaciones seriadas y periódicas y los libros e impresos.

Se consultó el volumen de revistas de *Bibliographia Medica Hispanica* 1475-1959, de José M<sup>a</sup> López Piñero y M<sup>a</sup> Luz Terrada, en los epígrafes Medicina Física, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, Sanidad e Higiene Pública (7).

Se revisó la revista *Asclepio* desde el año 1949 hasta 1999 sin encontrar ningún trabajo en relación con las palabras clave señaladas (8).

También se consultó el catálogo automatizado de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la UCM, y se realizó una revisión manual de los volúmenes expuestos en la sección de Rehabilitación.

Hemos tenido acceso al catálogo informatizado de libros y publicaciones periódicas del Colegio de Médicos de Madrid.

En 1999, la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física editó un Catálogo Nacional de Publicaciones Periódicas en Rehabilitación y Medicina Física 1998, que recogía información desde finales del siglo XIX hasta el momento de su publicación por lo que también ha sido muy útil para la elaboración de esta tesis (9).

La búsqueda de documentos oficiales se ha realizado en el Congreso de los Diputados. Dichos registros se han citado como se referenciaban en el original, por lo que hemos podido ver la evolución en la forma de notificación que han experimentado en el tiempo.

---

<sup>7</sup> López Piñero JM, y Terrada ML. *Bibliographia Medica Hispanica 1475-1950, vol VIII*. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia CSI, 1990.

<sup>8</sup> *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia. Centro de Estudios Históricos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

<sup>9</sup> *Catálogo Nacional de Publicaciones Periódicas en Rehabilitación y Medicina Física 1998*. Primera edición Madrid: Aula Médica ediciones-Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 1999

También se ha tenido acceso a una obra inédita, De la Terapéutica Física a la Rehabilitación, de José M<sup>a</sup> Climent, en fase de publicación, que ha supuesto un documento de gran relevancia para el tema estudiado en este trabajo.

Así mismo se han consultado los Folletos divulgativos que se han encontrado, también Publicaciones estatales como la Colección de folletos para médicos sobre temas de carácter sanitario editados por la Dirección General de Sanidad y el Instituto Nacional de Previsión.

Se realizó una búsqueda informatizada en el Catálogo de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III.

Para la búsqueda de la **bibliografía secundaria** se utilizaron distintas bases de datos.

La base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, MEDLARS, disponible por conexión *online*, denominada entonces MEDLINE, abarca los artículos publicados desde 1966, y como el 75% son citas de revistas del mundo anglosajón, fue útil su consulta para la obtención de bibliografía secundaria. El índice general de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU o *Index Medicus*, es un índice ordenado por temas y autores que comenzó a publicarse en 1960, pero por su difícil acceso y por ser publicaciones extranjeras casi su totalidad no se ha considerado su consulta. Previo a este índice existía *Current List of Medical Literature*, que abarcaba desde 1952 a 1959, pero por su difícil accesibilidad no se ha consultado.

Hemos revisado los *Current Work in the History of Medicine* desde los números 152 al 184, abarcando desde el año 1991 al 1999.

También se consultó el índice analítico de la revista *Dynamis* en los volúmenes 1-19, correspondientes a los años de 1981 a 1999 (10).

Se consultó en la biblioteca del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Por último, señalar que también se consultó manualmente el archivo de tesis sobre especialidades de la Unidad de Historia de la Medicina de la UCM, encontrándose algunas referidas a especialidades y enfermedades, pero ninguna en relación la Rehabilitación ni a la poliomielitis.

---

<sup>10</sup> DYNAMIS. Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Universidad de Granada.

Hemos seguido las normas de Vancouver para citar la bibliografía. En relación al sistema de notas a pie de página elegido en la elaboración de esta tesis tenemos que señalar lo siguiente. Las referencias bibliográficas pueden ser citadas a pie de página, al final del capítulo o al final del trabajo, en el apartado de bibliografía. A priori no existe preferencia de un sistema sobre los demás, por lo que nosotros hemos elegido el sistema de pie de página.

El motivo de nuestra elección es que consideramos que agiliza la lectura, ya que de una forma cómoda el lector tiene a la vista la referencia citada, sin tener que ir a la parte final del trabajo o del capítulo. Esto puede suponer una duplicación de la información, pero esta afirmación no es del todo exacta, ya que en las notas a pie de página hemos colocado sobre todo las citas textuales consideradas de especial relevancia, con su número de página. Y estas citas, no aparecen en el apartado de referencias bibliográficas donde se ha dado la referencia general sin dar la página.

Por otra parte, en el apartado de Bibliografía, se ha incluido también material bibliográfico que se ha consultado pero no se ha adjuntado en el texto por no considerarse la información aportada imprescindible.

Los objetivos pretendidos con el uso de las notas han sido en primer lugar, indicar el origen de la cita bibliográfica para que el lector tenga conocimiento de la fuente, y a la luz de sus conocimientos sobre el tema pueda valorar su relevancia. En otros casos, hemos tenido la pretensión de estimular la curiosidad del lector y su deseo de ampliar la información sobre el discurso, e incluso en alguna ocasión hemos aconsejado su lectura por la calidad de las observaciones aportadas. Y por último, hemos utilizado las notas como método de pagar la innumerables deudas contraídas con los autores de las fuentes consultadas. Ellos han sido los promotores de la construcción de esta tesis, sin sus ideas, comentarios, experiencias, discrepancias y sabiduría este trabajo no podía haber sido elaborado.

## **IV.- RESULTADOS Y DISCUSION**

# **1. BREVE EVOLUCION HISTORICA DE LA FIGURA DEL INVALIDO**

# 1. BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FIGURA DEL INVÁLIDO

“Los **accidentados** de tráfico, los niños con **defectos** congénitos o adquiridos, como la **poliomielitis**, los **amputados** y heridos de causa bélica, las personas con disminución auditiva o visual, o con **enfermedades crónicas** como cardiopatías, hemiplejía, epilepsia, esclerosis múltiple o tuberculosis, los seres con trastornos mentales o emocionales graves, son aquellos en los que el retorno a la normalidad no es posible y se pueden **beneficiar** de la Rehabilitación ”(1).

La Rehabilitación se consolida en todo el mundo en torno a la figura del inválido. No obstante, la concepción del discapacitado ha variado enormemente a lo largo de la historia. En este capítulo intentaremos abordar cómo ha sido entendida la figura del inválido en los distintos periodos históricos, y cómo la sociedad ha actuado frente a él, resaltando aquellas etapas en las que hubo un cambio en su actitud o su concepción respecto a estas personas.

Los nombres con que se ha denominado a los individuos que no eran “normales” física o psíquicamente, han sido muy variados a lo largo de la historia (2). Se les ha llamado inválidos, lisiados, tullidos, mutilados, incapacitados, impedidos, deformes, tarados, baldados. Todos estos términos poseían una clara orientación negativa, de anulación e incluso, denigrante y ofensiva. Por ello, fueron surgiendo neologismos como disminuido físico, minusválido o discapacitado. Finalmente, el término discapacitado fue uno de los que tuvieron mayor aceptación y difusión. La discapacidad está en relación con una limitación funcional que impide a la persona realizar las actividades de otra persona “normal”. Se argumentaron varias razones para explicar la divulgación del neologismo (2). En primer lugar por ser un concepto absolutamente general en cuanto al tipo de alteración existente, pudiéndose referir tanto al aspecto físico como mental. Además, no implicaba negación ni disminución en el concepto de persona, sino simplemente una alteración de

---

<sup>1</sup> Kessler H. Concepto de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 5-12.

<sup>2</sup> Hernández Gómez R. Evolución histórica del concepto de discapacitado ante la sociedad. *Asclepio* 1965; XVII: 265-271.

determinadas cualidades que podían estar sobradamente compensadas. De otro lado para algunos autores, la capacidad para el trabajo se había perdido sólo momentáneamente, y se podía volver a capacitar a la persona para desempeñar su antiguo empleo o para otro distinto. Encerraba, pues, una idea de reorientación profesional.

Algunos autores consideraban que la discapacidad era una característica del individuo, en el mismo sentido que el color de su pelo o su altura (3). Los factores culturales juegan un importante papel en la definición, interpretación y evaluación de las discapacidades. El sentido y el concepto de invalidez han cambiado según las culturas e incluso el momento histórico, porque ésta tiene un marcado carácter social, ya que la sociedad es la que impide al discapacitado llevar a cabo sus metas y objetivos. En este contexto la minusvalía es entendida como una desventaja social resultado de una deficiencia o discapacidad, y que no está determinada por la limitación física o psíquica de la persona.

En este sentido, el trato dado a los discapacitados a lo largo de la historia de la humanidad no puede decirse que haya sido justo ni agradable y además no les ha permitido, salvo raras excepciones, la posibilidad de integrarse en la comunidad. Poco a poco la sociedad ha ido evolucionando, modificando su conducta y permitiendo alcanzar la aceptación e integración del discapacitado (2).

La percepción de la sociedad hacia el inválido ha ido variando a lo largo de la historia, pero durante mucho tiempo se le ha considerado similar a un animal o inferior al humano (3). Por ejemplo, durante el cristianismo se consideraba que la cualidad de poder hablar, separaba a los humanos de los animales. En este sentido, los sordos ya algunos deficientes mentales eran considerados menos humanos y más cercanos a los animales. A la par durante esta época también se consideraba al inválido como digno de pena y caridad, y por este motivo se le dispensaban cuidados.

El inválido, también ha sido percibido como un chivo expiatorio (3). En este sentido, cuando ocurría una epidemia, una plaga o una catástrofe, los discapacitados eran los culpables y se les hacía pagar por ello, algunas veces incluso con la vida. En

---

<sup>3</sup> Covey HC. Social perceptions of people with disabilities in history. Springfield: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1998.

otras ocasiones han sido tratados como un entretenimiento, a veces bufones de la corte o como atracciones de circo. Pero quizás, la percepción de la sociedad hacia el inválido que se ha mantenido durante más tiempo, ha sido la de un mendigo digno de lástima y caridad.

En el periodo histórico objeto de nuestro estudio, el inválido era considerado como una persona con una incapacidad definitiva para el trabajo y podía ser consecuencia de una enfermedad incurable, de un traumatismo, de la vejez o de un defecto congénito (4). Así se distinguían dos grandes grupos: los inválidos del aparato locomotor, y otros como los secundarios a amaurosis, sordomudez, enfermedades mentales, cardíacas, respiratorias, etc., que planteaban otros problemas distintos a los del aparato locomotor y eran imposibles de enjuiciar desde un punto de vista unitario.

El doctor Bosch Marín, en 1957, en el primer Symposium médico social del Instituto Nacional de Previsión (INP) dedicado a la Rehabilitación del presunto inválido, señalaba que las razones para interesarse por los inválidos eran dos fundamentalmente. La primera era que el inválido podía readaptarse y vivir una vida normal. La segunda era por aspectos económicos, derivados de los gastos ocasionados por los cuidados médicos, hospitalización, fármacos, ortopedia y prótesis, pensiones de invalidez y otras prestaciones médicas. Otro aspecto económico era lo que llamaba "gastos negativos", que representaban la pérdida para la economía del país y la sociedad por la improductividad del enfermo. Había que liberar a la familia, a la comunidad y a la nación de este peso económico y esto es deber de la readaptación o rehabilitación (5).

A lo largo de la historia, las personas diferentes física o psíquicamente, han sido escasamente integradas en la sociedad y los cuidados médicos recibidos también fueron deficitarios. Gracias a los avances médicos y tecnológicos, junto a un cambio

---

<sup>4</sup> García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.

<sup>5</sup> Bosch Marín. Conferencia del Doctor Bosch Marín. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:19-46.



en la mentalidad de la sociedad, se ha posibilitado que su trato haya variado, mejorándose y consiguiendo la integración social en todos los ámbitos (3).

Los cuidados que ha recibido el discapacitado se podían resumir en cuatro etapas. Una primera etapa desde los orígenes del hombre hasta la llegada de la Edad Media, en la que se les abandonaba porque la sociedad no disponía de medios para hacerse cargo de ellos. Una segunda etapa, desde la Edad Media hasta casi prácticamente la Edad Moderna, en la que el deber cristiano y el amor fraternal obligaba a hacerse cargo de ellos, aunque se les marginaba socialmente, así aparecen las leproserías por ejemplo. Una tercera etapa, caracterizada por los progresos de la ciencia y la técnica, en la que se aportaba a los inválidos casi exclusivamente, cuidados médicos. En la última etapa, se ha conseguido la “reintegración social del doliente”, el disminuido, y se buscaba como principal objetivo su vuelta a la vida social, aunque la mejora física o mental no fuera total. Tenemos que destacar que la Edad Media y el siglo XIX, han constituido dos etapas importantes de cambio en la concepción de los inválidos y la actitud de la sociedad hacia ellos.

Hay que destacar que se considera que la primera institución establecida exclusivamente para el cuidado de los lisiados, desfavorecidos y de los niños, la fundó Vicente de Paúl en 1617. Creó esta institución para proteger a los niños inválidos, que frecuentemente eran víctimas de la explotación y maltrato para obtener limosnas a través de la compasión. En este momento histórico, los cuidados que recibían estos tullidos eran por el ejercicio de la caridad, es decir por amor al prójimo, y por lo tanto no iban más allá del cobijo, comida y vestido.

A continuación vamos a exponer desde un punto de vista cronológico, quienes han sido los inválidos y cómo la sociedad ha actuado frente a ellos. Se van a utilizar los grandes periodos históricos para ir relatando estos hechos: prehistoria, antigüedad, antigüedad clásica, edad media, edad moderna y edad contemporánea.

\*\*\*\*\*

En el afrontamiento histórico de las deficiencias, tanto físicas como psíquicas, ha existido una actitud binómica de la sociedad frente a ellas, como apuntan Laín (6), denominándolas enfermedad o pecado, o bien enfoque activo o pasivo como las denomina Aguado Díaz (7). Se refieren a que la sociedad frente a una persona distinta al resto, ya sea por un problema físico o psíquico puede adoptar una *actitud pasiva* porque considera que la minusvalía o deficiencia es debida a causas ajenas al hombre y por lo tanto puede controlar ni modificar, por lo que responde con rechazo hacia el discapacitado. O bien una *actitud activa*, en la que se aborda la deficiencia o minusvalía como una enfermedad de diferentes causas y sobre la que es posible actuar ya sea mediante tratamientos, integración o prevención. Esta doble actitud de la sociedad hacia el inválido se va a manifestar desde la más remota antigüedad. Vamos a organizar la descripción siguiendo los periodos históricos conocidos.

## 1.1. Prehistoria

Gracias al estudio de los restos encontrados, sabemos que ya en las primeras etapas de la humanidad existían afecciones como las acondroplasia, gigantismo, enanismo, poliomielitis, traumatismos craneoencefálicos, lesionados medulares, etc., por citar algunas de que las que provocaban más frecuentemente discapacidades.

En este doble enfoque o actitud activa/pasiva se ha estimado, que se consideraba que las enfermedades y sus secuelas eran provocadas por espíritus, dioses o fuerzas animadas, por lo que como forma de lucha contra ella usaban o bien las prácticas activas empíricas (recurso a un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares), o bien el animismo pasivo, es decir la apelación a poderes superiores como espíritus, dioses o fuerzas animadas. Así surgiría la figura del brujo o mago o hechicero como expertos para aplicar los remedios terapéuticos. El impedido físico o mental era un elemento negativo, no sólo era un "no productor" sino que exigía del resto de la comunidad una constante dedicación, desgaste de

<sup>6</sup> Laín Entralgo. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1988.

<sup>7</sup> Aguado Díaz. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial 1995; 24-25.

energía y pérdida de tiempo, para obtener los cuidados especiales que permitían su supervivencia (8).

Entre las prácticas empíricas se realizaron trepanaciones para dar salida a los espíritus o para reducir la presión intracraneal, reducción y consolidación de fracturas con astillas de árbol, utilización de una pata de morueco como prótesis de miembro inferior. Estas prácticas eran consideradas como la medicina pretécnica.

Con los niños nacidos con malformaciones practicaban el infanticidio y en algunos casos como en las Nuevas Hébridas se sacrificaba también a la madre culpándose a ella del nacimiento del niño con una deficiencia (7). No cabe duda que las personas con deficiencias leves subsistían, pero en los casos más graves si eran recién nacidos morían inmediatamente. Si la discapacidad les llegaba más tarde eran eliminados o abandonados por su incapacidad para la caza y el nomadismo, porque se convertían en individuos inútiles e incapaces de productividad alguna. Se han encontrado restos óseos con Paget y vértebras con osteoartritis, en los enterramientos neandertalenses, pero el grado de afectación es leve y probablemente no llegaron a incapacitar al individuo, porque las duras condiciones de vida de la época les hizo morir antes de que se hubiera establecido una completa invalidez (9).

Al lado de esta postura, había muestras de afecto y cuidado para con los discapacitados. Era el caso de unos restos encontrados en Iraq en los que una persona con discapacidades motóricas importantes, amputación del brazo derecho y lesión en la parte derecha del cráneo parece que encontró un puesto productivo en la sociedad (7).

## 1.2 Antigüedad

En la antigua **China**, ya Confucio (551-479 a.C.) hablaba de la responsabilidad moral, ayuda a los débiles y amabilidad. También se han encontrado técnicas de cinesiterapia e incluso masajes como medio de excitación de los puntos de acupuntura que usaban en las personas con algún tipo de discapacidad. Pero al lado de esta actitud activa aparecen descripciones que refuerzan la idea de que el concepto de discapacitado está muy ligado a la sociedad de ese momento. La

---

<sup>8</sup> Vaamonte E. El lisiado y la comunidad laboral. *Rehabilitación* 1968; 2 (3): 369-383.

costumbre de dejar crecer las uñas de las manos, colocándolas para que atravesase la palma de la otra mano, era un símbolo de riqueza. Pero no cabe duda que provocaba una total incapacidad para la persona, igual que si fuera un doble amputado de manos. No obstante para los chinos era una situación de orgullo, pues significa una posición social envidiable, en la que no eran necesarias las manos ya que tenía multitud de sirvientes que les atendían en todas sus necesidades (7).

También en China se "fabricaron" enanos que utilizaban para diversión y capricho las personas pudientes (10). Metían al niño que condenaban a ser enano en un ánfora de la que sólo asomaba la cabeza y extremidades, sometiénolo durante años a una dieta carencial que provocaba un raquitismo de extremidades contorsionadas y un cuerpo moldeado por la vasija que lo contenía. Así el deforme, el monstruoso, el tarado, el contrahecho, el enano era objeto de la burla y escarnio, y en el mejor de los casos era el bufón del palacio.

En la **India**, los niños nacidos deformes eran arrojados al río Ganges. Como actitud activa encontrábamos que Buda (563-483 a.C.) defendía los principios de compasión, caridad y generosidad, y en el "Ayurveda" o Veda de la Longevidad se describían los ejercicios físicos, masajes y baños como prestaciones higiénicas necesarias.

En **Mesopotamia y Persia** la enfermedad y la deficiencia eran consideradas un castigo de los dioses o una posesión por espíritus malignos. Era lo que muchos autores llaman decimonónico. Se consideraba la enfermedad como un castigo de los dioses por haber cometido un pecado. A la par Zaratustra (siglo VI o X a.C.) defendía el principio de consideración hacia sus semejantes.

En **Egipto** se han encontrado numerosos testimonios sobre la enfermedad y sus secuelas. En su arte existen numerosas figuras con deformidades: enanos acondroplásicos, un príncipe con secuelas de poliomielitis en el miembro inferior derecho, con una especie de muleta que es la primera aparición de una ortesis o ayuda técnica, encontrado en un bajorrelieve de la XVIII dinastía que data de 2.800 a.C. También la mano artificial más antigua conocida, 2000 a.C.

<sup>9</sup> Parreño Rodríguez JR. El minusválido y su Rehabilitación a través de la historia. *Rehabilitación* 1978; 12 (4): 421-429.

<sup>10</sup> Orozco Acuaviva A. Recorrido histórico-artístico por el mundo de los discapacitados. *Rehabilitación* 1977; 11(1): 61-69.

Algunos autores señalan que para los egipcios las malformaciones divinizaban a los afectados, identificándolos con monstruos para que conjuraran las desgracias futuras (11). Sabemos que algunos acondroplásicos desempeñaron funciones importantes en la corte real como consejeros del faraón. Parece que el minusválido en la sociedad egipcia fue respetado y algunos tuvieron un papel social importante.

En **Palestina**, en el Pentateuco se aprecia una particular sensibilidad hacia los pobres y disminuidos y se recomienda ayuda al ciego y al sordo. Además describían las abluciones, baños, baños de sol y vendajes ortopédicos. No obstante, los lisiados eran excluidos del sacerdocio y los servicios del templo, aunque podían participar en los servicios sagrados. Fue en el judaísmo, de donde emergió el cristianismo cuando el individuo empieza a adquirir importancia. Al considerar al hombre lo más cercano a Dios era por tanto el ser más importante de la tierra, con lo que se elevaba la dignidad del individuo humano incluso la de aquellos que eran físicamente deficiente, haciendo de su cuidado fuese un deber de los demás (12).

### 1.3 Antigüedad Clásica

Durante este periodo, los discapacitados recibieron un trato muy desigual. Por un lado hubo infanticidio, malos tratos, venta de niños como esclavos e incluso se llegó a la mutilación para mendigar. Como actitud activa, comenzaron a ser considerados fenómenos naturales las deficiencias y los trastornos mentales, y con las reformas de Pericles (499-429 a. De C.) se comenzó a atender e enfermos y desvalidos en hospitales y casas de convalecientes en lugares conocidos por sus aguas y su clima.

En la **Grecia Clásica**, Hipócrates en sus escritos hablaba de enfermedad y no de castigo de los dioses, describe las gibosidades de la columna vértebra, microcefalia y niños débiles, paraplejía y pie equino. Demás introdujo métodos de reducción de deformidades, fracturas y luxaciones e incluso puede considerarse

<sup>11</sup> Bardeu. Minusvalía y adaptación. Citado en ref. 1.

<sup>12</sup> Montalvo Doria-Medina J. Concepto de Rehabilitación, historia, fines y aspectos socioeconómicos de la Rehabilitación. En: Ministerio de Trabajo. *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes I*. 1973: 14-31.

como el origen de las tracciones vertebrales. Para Hipócrates el fin de cualquier tratamiento era conseguir la decorosa apariencia del hombre. Junto a este enfoque activo aparecieron muestras del pasivo.

Se practicaba el infanticidio tanto en Atenas como Esparta. En Esparta, por su conocido afán de conseguir una raza superior eliminaban a todo aquel que presentara algún tipo de deformidad o incapacidad física o psíquica. El monte Taijeto era el lugar por donde arrojaban a los niños que nacían con alguna deformidad.

En **Roma** se practicó el infanticidio, con la ley de las Doce Tablas (541-540 a de C) el padre podía privar de vida a su hijo deforme inmediatamente después de su nacimiento. Sin embargo fue poco usado excepto en la etapa de decadencia del imperio romano, e incluso muchos de estos niños deformes eran abandonados o arrojados al Tíbet en cestas de flores. Pero lo que sí fue práctica común era vender a los niños como esclavos y para la mendicidad, e incluso se llegó a la mutilación de niños y jóvenes para aumentar su valor como mendigos, con el fin de inspirar mayor compasión. Incluso se llegó a la compra de personas con discapacidades para usarlos como diversión. Algunos médicos de la época como Aurelio Cornelio Celso aconsejaban la castración de epilépticos (7). Es un contexto social en el que hay una actitud de rechazo y desprecio hacia los discapacitados, especialmente si éstos son de clase social baja, aunque incluso hacia los de clase acomodada como es el caso del emperador Claudio.

Junto a esta actitud está la de otros profesionales que inventaban remedios para ayudar y "mejorar" a los discapacitados como Galeno (129-199 a.C.) que con su escrito dedicado a "Ejercicios con la pelotita" podía considerarse el precursor de la mecanoterapia.

Con la llegada del cristianismo, con sus mensajes de amor, misericordia y entrega, se prohibía la venta de niños como esclavos y el infanticidio, y aumentaba la sensibilidad hacia los paralíticos, sordos, ciegos, leprosos, epilépticos, etc., con lo que mejoró el trato que recibían. Además surgieron diversas instituciones para la atención de los enfermos, los nosocomios, que corresponde a la actual idea de hospital (12).

En la América precolombina, los pueblos primitivos abandonaban a sus inválidos cuando tenían que cambiar el lugar de su tribu. También se ha visto igual práctica en los indios chiriguas de Sudamérica, las tribus caribes de las Antillas. Las tribus de esquimales hasta hace poco era práctica común abandonar en las heladas estepas a los miembros con deformidades físicas o ancianos (9).

#### **1.4. Edad Media**

Tras la caída del imperio romano y el auge del imperio bizantino, los huérfanos, ancianos y discapacitados tuvieron una etapa de acogida por la sociedad. La Iglesia, la familia y el poder feudal se responsabilizaron parcialmente de los cuidados hacia el inválido (13). Comenzaban a surgir los orfanatos, hospitales (nosocomios), asilos para ciegos y ancianos (7). Sin embargo la Medicina durante esta época quedó estancada en los campos de la fisiología, anatomía y técnicas quirúrgicas (12).

En esta época, la sociedad carecía del sentido de la responsabilidad hacia los deficientes, e incluso la deformidad era considerada como castigo de Dios (12). En la Baja Edad Media surgía la Inquisición, cuyo objetivo se ha estimado que era entre otros era *aliviar* a la sociedad de los deficientes, tanto físicos como psíquicos, que eran considerados hijos del pecado y del demonio (7).

Era en este momento cuando surgían los primeros hospitales, el más antiguo conocido fue el de Saint-Gall, que databa de 850. Posteriormente surgieron los asilos para lunáticos, dedicados a los enfermos mentales. En 1324, en Inglaterra aparecía el reconocimiento legal de la idiocia, y decretándose que las propiedades de los deficientes mentales de nacimiento pasaran a la corona. Paralelamente, comenzaban a surgir centros de asistencia y asilo para ciegos, sordomudos.

El primer hospital psiquiátrico de Europa se fundaba en Valencia en 1409, allí se trataban a “inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, ignoscentes, alienados, insanos o dementes”, para conseguir su reinserción social. Se les retiraban sus inseparables cadenas y se creaba el primer departamento para aislar los niños de los adultos. El tratamiento moral y amable a los pacientes, así como la instauración de la

---

<sup>13</sup> Covey HC. Op. Cit., p.85.

terapia ocupacional rural constituyeron una primicia mundial en el tratamiento de los enfermos mentales

A consecuencia de las innumerables guerras, conquistas, cruzadas, y epidemias de esta época surgieron un gran número de discapacitados fundamentalmente físicos, formando una casta de mendicantes. Este grupo de población, cuya única forma de subsistencia era a través de la limosna. Llegaron a constituir una amenaza social, por lo que empezaron a ser calificados de brujos y herejes. Se continuó con la práctica de mutilar a niños para inspirar mayor lástima y conseguir mayores limosnas. En esta época, la Iglesia por un lado eliminaba a "herejes deficientes" y por otro lado les daba asilo y creaban hospitales.

De otro lado, era precisamente en la Edad Media cuando surgían los Gremios, Cofradía, Hermandades y Montepíos como sistemas de previsión social, y como antecedente de nuestra Seguridad Social, encargándose de auxiliar en caso de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

La aparición de las ciudades, el desarrollo del Estado moderno, la aparición de las "empresas", y otros cambios sociales, provocaban un cambio también en la concepción social del inválido, del pobre, del tullido, etc. En este momento histórico, comenzaba a incrementarse el sentido social de la responsabilidad hacia el inválido. La pobreza comenzaba a esbozarse como un problema social, y era el estado el que regulaba si una persona se debía considerar un verdadero pobre o fingido. Se hacen los primeros intentos de erradicar la pobreza asignándole al mendigo una célula que les permitiera ser atendidos y evitando así a los "fingidos", Se creaban también las Casas de Misericordia, Albergues, Hospicios para que los pobres verdaderos fueran atendidos, pero todavía no se planteaba que trabajasen.

## 1.5. Edad Moderna

En el **Renacimiento**, la sociedad dio los primeros pasos en el reconocimiento de su responsabilidad frente a los problemas de los pobres y los enfermos. Todavía eran incluidos dentro de la misma categoría por lo que las atenciones no eran específicas.

La protésica para el inválido alcanzaba cierto auge en esta etapa por el gran número de amputados originados en las guerras. Del siglo XVI data la primera



prótesis de mano mecánica, conservada en el museo de Nuremberg y con la posibilidad de realizar flexo-extensión pasiva de muñeca y dedos.

Se comenzaba a ver al desequilibrado mental como un enfermo que precisaba diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En las instituciones manicomiales comenzaban los rudimentos de psicoterapia y laborterapia, cuya finalidad era la reinserción y recuperación social. En España, Juan Luis Vives (1493-1540) desempeñaba un importante papel en torno a su defensa de la necesidad de enseñar a trabajar a los útiles aunque estuvieran parcialmente incapacitados, y prestar cuidados y atenciones a aquellos que no pudieran trabajar (14). Vives desmitificaba la mendicidad, ya que la casi la mitad de los mendigos de su época eran “discapaces por deformidad perinatal, accidente laboral o persistente subalimentación”. También desvinculaba las minusvalías y defectos psíquico-sensoriales del sentido de castigo divino, de la percepción de culpabilidad moral y de la idea de indignidad social. La discapacidad y la pobreza dejaban de ser, para Vives, un instrumento de salvación religiosa, para pasar a ser una calamidad individual, social, política y económica, que debía ser superada. Esta última fue una de las aportaciones más importantes y por otra parte muy avanzada para su época en el campo de la Rehabilitación. Vives también exponía que el niño con discapacidad debía de ser educado para desarrollar un trabajo futuro de acuerdo a sus gustos y aficiones y a las niñas se les debía de enseñar a hilar, coser o tejer. A la vista de estas ideas se puede decir que Vives fue uno de los autores pioneros en los cuidados rehabilitadores del discapacitado. En el trabajo de Vives están implícitos los términos de Rehabilitación y Rehabilitación laboral, porque a todas las personas se les puede enseñar un oficio de acuerdo con su ingenio, sólo “la pereza y la holgazanería, y no el defecto físico, lo que les hace decir que no pueden hacer nada....”.

En España se iniciaba la creación de hospitales en campos de batalla, el primero fue instalado en Málaga por orden de la reina Isabel la Católica (21). Luis de Mercado fue un catedrático de Valladolid que intentó ilustrar a los curanderos

---

<sup>14</sup> Carasa Soto P. Juan Luis Vives y la valoración de la capacidad humana. *Boletín del Real Patronato de Prevención y de atención a personas con minusvalía* 1992; 22: 7-35.

(algebristas) de su época sobre técnicas manuales e instrumentales para realizar las manipulaciones vertebrales y así poder aliviar a algunos inválidos.

En 1553 Cristóbal Méndez edita su libro sobre el ejercicio corporal, que fue el primer libro mundial editado sobre esta materia tan importante en el campo de la Rehabilitación (9).

El **siglo XVII** fue uno de los más notables de la civilización occidental por sus progresos científicos, en el campo de la fisiología, cirugía ortopédica, histopatología y ciencias sociales entre otros. Cobró un gran auge e interés el estudio de la estructura y la función del cuerpo humano (3). Además se intentó dar una solución a los problemas sociales no a través de los individuos o de los sentimientos religiosos como hasta entonces se venía realizando, sino responsabilizando a la sociedad de estos inválidos. Se crearon instituciones para proporcionar custodia y cuidados a largo plazo a las personas con discapacidades (15).

En este período, los discapacitados físicos desempeñaban distintos papeles en la sociedad, como bufones que fueron representados en la pintura (el patizambo de Ribera), en la literatura (Lazarillo de Tormes) de la época, otros gozaron de gran prestigio, en general comenzaban a preocupar a la sociedad y no eran tan rechazados como en los siglos anteriores. Los deficientes mentales o "locos" como aparecían denominados en el archivo de palacio, eran usados como bufones y el manicomio de Zaragoza era el proveedor de éstos, aunque algunos se devolvían al manicomio porque "no servían", ya que estaban demasiado locos (10). En este manicomio aparecían los primeros rudimentos de la ergoterapia de mano del padre Murillo.

Es de resaltar también, el papel tan importante que tuvo España como pionera en la educación de los sordomudos creándose en el siglo XVI la doctrina para los mudos-sordos como método práctico de aprendizaje de técnicas orales, lectura labial y pronunciación creándose más tarde un alfabeto manual.

Respecto a las expresiones artísticas, destacan la representación de minusválidos en las obras de Boticelli en la "Adoración de los Magos" y "La muda"

---

<sup>15</sup> Covey HC. Op. Cit., p.34.

de Rafael (10). Velázquez pintaba "el niño de Vallecas", en el que el reflejo de la dignidad humana anulaba prácticamente los rasgos deformes del niño. Rembrand, Carreño de Miranda, Brueghel entre otros también reflejaban en sus obras minusválidos y deformes de la época. La obra de Goya (1746-1828) muestra el interés de la sociedad por el problema de la minusvalía, a la vez que nos ilustra sobre uno más de los discapacitados "geniales" de la Historia (16).

## 1.6. Edad Contemporánea

Durante el **siglo XVIII**, las deficiencias seguían considerándose permanentes, constantes e incurables. Fue entonces cuando se hizo la primera clasificación de la deficiencia mental, y el conocimiento anatómico del cerebro y su patología, así como la importancia del factor hereditario en las deficiencias mentales abre una gran puerta hacia el posterior desarrollo de la ciencia.

La sociedad continuaba con sus actitudes de rechazo y repulsa hacia los discapacitados. El abandono de niños deformes es más frecuente que el infanticidio, pero se continúa amputándoles y comprándoles para la mendicidad y el trabajo duro de las fábricas.

La cirugía ortopédica experimentó en esta época un gran avance que repercutía en los discapacitados físicos, con lo que aumentó de forma significativa el bienestar físico de los minusválidos de su época. Dos hechos especialmente significativos ocurrieron en el siglo XVIII: las obras de Nicolás André y el establecimiento de la primera clínica dedicada especialmente al tratamiento de las deficiencias físicas (12). Nicolás André publicaba dos obras importantes en el mundo de la Rehabilitación, una sobre el ejercicio que consideraba beneficioso para el crecimiento del niño y otra sobre el tratamiento preventivo y curativo de las curvaturas del raquis. También aparece por primera vez el término ortopedia empleado por Nicolás André, y se creaba en 1790 el primer establecimiento para el tratamiento del aparato locomotor en Suiza, dedicado a los discapacitados físicos.

Era también en este siglo cuando Galvani describía la corriente que lleva su nombre y aparecían las primeras técnicas de electroestimulación, sentándose las bases de la electroterapia actual. Además comenzaban a desecharse las amputaciones

---

<sup>16</sup> Rodríguez Rodríguez LP, Ponce Vázquez J, Pascual Gómez F, Varela Donoso E, Alvarez Badillo A. malformaciones congénitas en las extremidades en un dibujo de Goya titulado "Cosa rara".

por la utilización de otras modernas técnicas de cirugía ortopédica más conservadoras.

La llegada del **siglo XIX** se acompañaba de numerosos progresos en el campo de la medicina, en el reconocimiento de los discapacitados tanto físicos como psíquicos, en la educación especial para deficientes sensoriales, en la mejora en la calidad de los servicios residenciales y en la mayor implicación de los gobiernos respecto a estos discapacitados. La sociedad por fin reconocía más explícitamente su responsabilidad hacia el problema de los discapacitados, aunque como ya hemos dicho anteriormente, cien años antes ya se comenzaba a plantear el tema.

El desarrollo de la teoría de la evolución de Darwin, tuvo un profundo efecto en la percepción de un grupo minoritario de personas con discapacidad, considerándolos como genéticamente inferiores (17). En el campo de la deficiencia mental se hacía la distinción entre enfermedad y deficiencia, y se describían y clasificaban los distintos tipos.

Los problemas de los discapacitados físicos comenzaban a ser reconocidos y se planteaban distintas medidas legislativas. Se fundaba el primer hospital de inválidos en Wurzburg, Prusia en 1812, y en 1822 se creaba el Instituto Técnico Industrial de Munich, cuyos objetivos no abarcaban sólo los cuidados médicos sino también la reeducación en las actividades de la vida diaria y su reinserción profesional.

En la segunda década del siglo XIX, comenzaba por iniciativa privada la fundación de instituciones no sólo para proteger al minusválido, sino también para el estudio y tratamiento de sus problemas. En 1884, Bismarck aprobaba la primera ley de protección a los accidentados de la industria que fue la base para la aprobación de futuras leyes para la compensación del accidentado laboral.

También hay que destacar la creación en Nueva York de una sociedad llamada "New York Society for the relief of the ruptured ad crippled" que bajo la dirección del doctor Knigth establecía un hospital que todavía presta sus servicios

bajo el nombre de "Hospital for Special Surgery" que se dedicaba a tratar a los inválidos y tullidos (7).

La actitud de la sociedad respecto al deficiente iba cambiando, dejaba de verse el problema desde un punto de vista de curación y limosna, para pensar que en el inválido como un individuo cualquiera, capaz de realizar una vida normal si le proporcionaban los medios adecuados para superar sus limitaciones.

No obstante todavía la actitud era polivalente, por un lado a los *molestos* se les confinaba en asilos u hospicios, y a los *válidos* se les permitía trabajar en puestos de escasa responsabilidad.

Hay que destacar la figura de Napoleón, que realizó con sus soldados inválidos uno de los primeros intentos que tuvieron lugar en el mundo en torno a la restauración de los lisiados de guerra. Pensaba que además de los cuidados médicos requeridos por sus deficiencias deberían tener una preparación especial para poder seguir viviendo con su condición de hombres, sin que sus incapacidades fueran obstáculos para la realización integral de sus vidas y el Estado tenía la obligación de proporcionarles esos recursos (12). Junto a esto permanecían las subastas y ventas de deficientes, el traspaso a otra localidad, la manutención familiar a veces subvencionada y la indemnización a quien tomara a su cargo a un deficiente.

Poco a poco se iba llegando a una mejor comprensión e identificación de las causas de las discapacidades, y el Estado comenzaba a adoptar medidas legales e institucionales a favor de los deficientes. Junto a esto, todavía se desarrollaban actitudes tremendamente negativas: esterilizaciones, eutanasia, restricción matrimonial (7).

Se dio un gran paso por los Estados al reconocer su obligación de proporcionar educación a los niños minusválidos (12).

Con la llegada del **siglo XX**, la deficiencia mental pasaba a ser un problema social, al igual que los incapacitados motóricos y sensoriales. Se hablaba de *anormales*, en los que se incluían los deficientes mentales (idiotas, imbeciles, moróns), ciegos y sordos. Por otro lado, los accidentados laborales comenzaban a ser un grupo de población importante por lo que se empezaba a legislar la situación de ambos grupos con leyes y normativas distintas.

Ya en 1884, Bismarck proponía la primera ley de accidentes del trabajo para proteger a los trabajadores. En España en 1887, aparecía el Asilo de Inválidos para el trabajo, posterior Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del trabajo en 1922, llamado después Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos en 1933 (18). El objetivo de esta institución era readaptar y reeducar profesionalmente a los obreros inválidos, permaneciendo con distintas denominaciones y funciones hasta nuestros días, como comentaré más extensamente más adelante (19).

En 1900, aparecía en España la ley de Accidentes de Trabajo, para la protección de inválidos del trabajo, que incluía el seguro voluntario, la definición de accidente de trabajo, la gradación de incapacidades y el pago de pensiones o indemnizaciones (20). Paulatinamente fueron surgiendo nuevas leyes en torno al trabajador y su protección legal en caso de accidente, y posteriormente en las enfermedades profesionales, como veremos en capítulos posteriores. En 1903 surgía el Reglamento para declaración de incapacidades por accidentes de trabajo. En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) y en 1919 el Retiro Obrero y el Plan de Seguros del INP. Así los accidentados laborales conseguían pensiones, indemnizaciones, sistemas de previsión, seguros, sistemas de declaración de incapacidad e invalidez, asilos, etc.

Unos años después, en 1909, se celebraba en Washington la primera conferencia de la Casa Blanca sobre el cuidado de los niños dependientes (12). En ella se insistía en la necesidad de confeccionar un programa de trabajo para que los niños deficientes, recluidos en instituciones o en sus hogares, se les diera la oportunidad de integrarse a la vida social y poder ser económicamente independientes al llegar a la vida adulta. Esto desembocó a que por una ley del congreso se estableciera el Federal Children's Bureau en 1912 (12). Esta era el

---

<sup>18</sup> Pascual de Riquelme MD. Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (I). *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975; 1:77-82.

<sup>19</sup> Martínez Pérez J. La organización científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 131-158.

<sup>20</sup> Pascual de Riquelme MD Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (II). *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975; 1:85-88.

reflejo del cambio social iniciado, los niños necesitan cuidados especiales en las instituciones, pero también precisan relaciones sociales con su familia y amigos.

Como muestra de la preocupación de la sociedad y los estados por los discapacitados, en 1929, en Ginebra, se celebraba el primer congreso de la Sociedad Internacional de Asistencia al Inválido, de la Sociedad de Naciones, con el objetivo de luchar contra la invalidez y la defensa del inválido de cualquier nivel social y cultural. Entre sus recomendaciones figuraban, la profilaxis para eliminar las causas de las discapacidades físicas, la obligación de informar de los nacimientos de niños deformes y afectados de cualquier lesión invalidante; la confección de un censo especificado de inválidos; y finalmente la creación de cátedras y escuelas especiales para la instrucción cultural y profesional de inválidos (12).

Los gobiernos poco a poco se iban responsabilizando de la problemática de los discapacitados. Aparecían numerosos organismos internacionales interesados por los discapacitados. Así surgían la UNESCO, Organización Mundial de la Salud, organización Internacional del Trabajo, Rehabilitación Internacional.

En 1942, el Consejo Internacional de Rehabilitación de Nueva York definía la Rehabilitación como la restauración del individuo incapacitado a la más completa utilidad física y mental, vocacional, social y económica de que pueda ser capaz (21).

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en su Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 dedicaba varios de sus artículos al discapacitado, referidos a su derecho al trabajo, a la Seguridad Social, a la educación y a un nivel de vida adecuado (22).

La II Guerra Mundial trajo consigo el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la Psicología de la Rehabilitación, que beneficiaría especialmente a los discapacitados físicos. Los mutilados de guerra y excombatientes fueron atendidos en los primeros servicios de Rehabilitación, sus objetivos son la recuperación físico-somática, funcional y la reincorporación al trabajo, En esta época

<sup>21</sup> Serrano Díaz E. Discurso de apertura al IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica*; 1963: VIII(2): 19-24.

<sup>22</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, *Los derechos Humanos*, Madrid: 1977, 41-44.

la Rehabilitación se hacía sinónimo de Rehabilitación profesional, la meta era la vuelta del paciente al trabajo. La carga económica que suponía el inválido para la familia y la sociedad era alta, si el discapacitado volvía a su antiguo trabajo u a otro, dejaba de ser una carga económica y se volvía productivo. Por eso se decía, que a pesar de que la Rehabilitación era cara resultaba rentable, ya que el objetivo era que el paciente volviera a su trabajo y así devolviera los costes de su rehabilitación a la sociedad (9). Poco a poco este movimiento rehabilitador se va extendiendo a otros discapacitados de la población: accidentados laborales, discapacidades sensoriales, etc.

Posteriormente, el concepto de Rehabilitación hacía protagonista al paciente, también se implicaba a la familia y a la comunidad. Se hablaba de Rehabilitación integral porque se le daba un enfoque bio-psico-social, el paciente se consideraba una unidad biológica y psicológica que se encontraba en un ambiente social determinado. Así surgía la rehabilitación como una especialidad multidisciplinar donde era necesario la colaboración de un equipo de profesionales de distintos campos para conseguir la deseada Rehabilitación integral.

Se exponía que los hospitales de la norteamericana Veterans Administration y de los ministerios británicos de Sanidad y pensiones fueron los pioneros del movimiento rehabilitador, y que Rusk era el padre de la Rehabilitación médica al fundar en 1940 el primer servicio de Rehabilitación en el Hospital Bellevue de Nueva York (7). Pero en España ya teníamos anteriormente el Instituto Nacional de Reeducción del Inválido como reflejo de la actividad rehabilitadora existente.

En España, las décadas de los años cincuenta y sesenta, fueron significativas en la historia del inválido. Se fueron consolidando nuevos cuidados asistenciales en torno a la figura del inválido, que finalmente culminó en el reconocimiento oficial de una nueva especialización: la Rehabilitación.

\*\*\*\*\*



Podemos concluir señalando que la actitud de la sociedad hacia el discapacitado ha dependido durante muchos siglos de la necesidad que tuviera de estas personas en ese momento. Si se consideraban útiles se incluían y se les daba un trato privilegiado, pero si ocurría lo contrario, los inválidos sobrevivían difícilmente. Sin embargo, el siglo XX se ha caracterizado por los avances científicos en los cuidados asistenciales dados a los inválidos, y en las últimas décadas por la integración que se ha conseguido para éstos. En este trabajo iremos viendo qué aportaciones y cambios ocurrieron durante las décadas de los años cincuenta y sesenta para el discapacitado en España.

## **2. CONCEPTO Y CONTENIDOS DE LA REHABILITACION:**

### **LA OPINION DE LOS MEDICOS**

## 2. CONCEPTO Y CONTENIDOS DE LA REHABILITACION:

### la opinión de los médicos (1949-1969)

“Es como un puente entre lo inútil y lo útil, entre la desesperanza y la esperanza, entre el abatimiento y la felicidad” (1).

“La Rehabilitación es hacer que el objeto de toda ayuda sea hacer la ayuda superflua” (2).

“La Rehabilitación es la **Medicina de la esperanza**” (3).

#### 2.1. Concepto de la Rehabilitación

En la década de los años cincuenta y sesenta, había un debate abierto en España en torno al concepto de Rehabilitación. En este capítulo vamos a analizar cómo era entendida esta disciplina en nuestro país en este periodo.

En ese momento convivían varias formas de conceptuar la Rehabilitación. A la hora de abordar este capítulo lo que vamos a hacer es describirlas cronológicamente porque así estaremos cumpliendo un doble objetivo. Aparte de situarlas históricamente, iremos perfilándolas, añadiendo diferentes matices, hasta llegar al concepto de Rehabilitación en la época final del trabajo. Consideramos que la transformación de esta disciplina, como nueva actividad especializada se va desgranando de otras disciplinas hasta constituir una entidad con rasgos propios. Porque como dice Climent “esta enorme variedad (de conceptos) obedece, más que a una falta de unidad en el entendimiento, a un continuo cambio en la comprensión y en el alcance de este fenómeno” (4).

Rehabilitar en sentido etimológico, significa restaurar algo a su estado primitivo, devolverle lo que ha perdido, lo que por derecho le pertenece. La palabra

---

<sup>1</sup> Switzer. Citado en Kessler H. Op. Cit., p. 2.

<sup>2</sup> Paulsen. Citado en Kessler H. Op. Cit., p. 2.

<sup>3</sup> González Más R. Prólogo a la segunda edición. En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; VII.

<sup>4</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

rehabilitación deriva del latín medieval y significa en sentido médico, literalmente, vuelta a la buena salud (5).

Los terapeutas no fueron los únicos en usarla, también los urbanistas rehabilitaban los edificios, y las instituciones penales pretendían rehabilitar a los presos.

En sentido purista, para algunos autores el término rehabilitación se consideraba inadecuado para aplicarlo al tratamiento de niños con incapacidades. Según la definición anterior nunca se podría rehabilitar a un niño con parálisis cerebral, ya que nunca había tenido un estado “normal” desde que nació. Habría que aplicar el término habilitar, es decir darle la capacidad para hacer. Como el niño no había adquirido la capacidad funcional no podía perderla y después mediante un tratamiento reestablecerla o rehabilitarla, por eso consideraban que se debía hablar de habilitación (5). De este modo, podemos ver que se establecía entonces la distinción entre habilitación y Rehabilitación (6). La habilitación se encargaría de dotar al paciente de funciones que nunca gozaron, como era el caso de parálisis cerebrales, mientras que la Rehabilitación se responsabilizaría de devolver o mejorar hasta lo posible las funciones que se perdieron tras una lesión o una enfermedad. En este segundo grupo, la meta era devolver al paciente a un estado en el que pudiera volver a desempeñar sus funciones o al menos compensarlas.

No obstante, la mayor parte de los autores utilizaban también el término de rehabilitación para niños con incapacidades del desarrollo, para así no etiquetar procesos afines de distintas formas.

En la literatura anglosajona, aquellos que se han ocupado del pasado de la especialidad, señalaban que la palabra rehabilitación surgió en la profesión médica para designar a un nuevo servicio encargado de atender las secuelas de los pacientes originadas a partir de la Primera Guerra Mundial (5). Algunos autores españoles están de acuerdo con esta idea. Exponen así que el concepto de Rehabilitación,

---

<sup>5</sup> Doreen Bauer. *Rehabilitación: enfoque integral. Principios prácticos*. 1ª edición. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas SA. Masson-Salvat Medicina. 1992.

<sup>6</sup> Bernáldez Sarmiento P. La Rehabilitación en el hospital. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 73-84.

surgió a raíz de la gran cantidad de inválidos generados por las guerras mundiales y la necesidad de recuperarlos funcionalmente (7).

Pero para otros autores españoles, el término rehabilitación es de origen español. Argumentan que fue utilizado por primera vez en su actual acepción, por Busqué Torró, en su libro *Gimnástica higiénica, médica y ortopédica o El ejercicio considerado como medio terapéutico*, editado en Madrid en 1865 (8,9). El interés del libro de Busqué Torró residía en la notable capacidad sintética del autor, con relación a las diversas corrientes gimnásticas de la época, y en la descripción de la utilización de las nuevas tecnologías, las grandes máquinas gimnásticas de la época. Utilizaba hasta siete veces la palabra rehabilitación o sus derivados en la obra, y siempre con el mismo sentido que se usa actualmente. Según Busqué, la Rehabilitación tenía como objetivo devolver la funcionalidad a un miembro dañado. Con este sentido definía la Rehabilitación como un "conjunto de ejercicios limitados a un miembro u órgano para intentar conseguir la mejor capacidad del mismo" (10). La formulación del concepto de Rehabilitación en la obra de Sebastián Busqué Torró constituyó el tema de la Tesis Doctoral de José María Climent Barberá en 1993.

Climent exponía que el concepto de Rehabilitación ha atravesado cinco fases históricas (4). En realidad, como él mismo apuntaba, se refería más al modelo de actividad médica que a la definición de la especialidad, aunque ambas estarían indisolublemente unidas. En una primera fase, se introducía el concepto de Rehabilitación con un "significado genérico de función", siguiendo a Busqué. Posteriormente, adquirió el significado de un arma más dentro del arsenal de la terapéutica física. Más tarde, se aplicó esta mentalidad al tratamiento de obreros accidentados con la finalidad de reincorporarles al trabajo, comenzando a desarrollarse el concepto de Rehabilitación, constituyendo la terapéutica o Medicina Física otra especialidad a parte. La llegada de las guerras mundiales ocasionó una

<sup>7</sup> Ruano Hernández A. En torno al concepto de Rehabilitación. En: Ruano Hernández A. *Invalidez, desamparo e indefensión en seres humanos*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1993; 137-153.

<sup>8</sup> Martín Lagos. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LVXXXVII: 33-44.

<sup>9</sup> Climent Barberá JM. La introducción del término Rehabilitación en la literatura médica (1865): antología de textos de Sebastián Busqué Torró. *Rehabilitación (Madr)* 1996; 30: 7-14.

<sup>10</sup> Cit. en Martín Lagos. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LVXXXVII: 38.

avalancha de inválidos y la Rehabilitación fue la encargada de reincorporarlos a la sociedad. En la última fase, en la que nos encontramos, la Rehabilitación amplió su campo de acción hacia todos los estratos de la población, desarrollándose plenamente dentro del sistema nacional de Sanidad y adquiriendo dimensiones sociales, psíquicas, educativas y profesionales.

Nuestro trabajo se sitúa en esta última fase. Era el momento en que se ampliaban los contenidos de la Rehabilitación, dejaba de ser solamente la aplicación de medios y agentes físicos y extendía su campo de acción hacia otros estratos de la población, fuera de los trabajadores. Además amplificaba su dimensión de actuación hacia miras sociales, psicológicas, educativas y laborales.

Al igual que no está claro el origen de la palabra Rehabilitación en España, tampoco estuvieron plenamente de acuerdo los “primeros” rehabilitadores en la definición de la Rehabilitación y otros conceptos afines. Sanchís-Olmos comparaba el significado de la Rehabilitación con el de la palabra democracia, “porque cada uno la entendía a su manera” (11). Para él, la Rehabilitación del presunto inválido debía comenzar al hacer el diagnóstico y constituía la finalidad de todo el complejo terapéutico, médico, físico, psíquico o quirúrgico. Es decir, no era un conjunto de medidas terapéuticas complementarias sino que era la meta del tratamiento.

En 1942, Parreño tomando como referencia a Rusk, daba otra definición de Rehabilitación, que además era la que más se aproximaba a la de nuestros días. Definía la rehabilitación como “la restauración del individuo incapacitado a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica de que puede ser capaz” (12). Como vemos, el concepto era más amplio que la recuperación meramente física o funcional, porque se hacía necesario que el paciente volviera a reincorporarse a las actividades que realizaba previamente al proceso morboso. En éstas se incluían tanto las de ocio, como las de trabajo, como las de relaciones sociales, y así finalmente se consideraba que el paciente estaba rehabilitado.

---

<sup>11</sup> Sanchís-Olmos V. Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:325-328.

<sup>12</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. *Revista iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I(1): 33-37.

También tuvo enorme influencia e impacto, la definición que se hizo en el *primer Informe del Comité de Expertos de Rehabilitación de la OMS*, donde se delimitaba la Rehabilitación como la cuarta fase de la medicina. Para este organismo, la Rehabilitación era la disciplina encargada de evitar las alteraciones que podían presentarse en el curso de una enfermedad, y ayudaba a los que sufrían un defecto imposible de corregir, como por ejemplo la ceguera, a conseguir el máximo de eficacia física, mental, social y profesional posible (13). Se reconocía así en el ámbito internacional, una nueva fase en los cuidados del paciente. Cuando éste no podía curarse de su enfermedad y quedaba con secuelas, la actividad rehabilitadora podía ofrecer cuidados para colocar a la persona al máximo de sus posibilidades físicas, mentales, sociales y laborales. Este concepto aportado por la OMS sobre la Rehabilitación está plenamente vigente todavía hoy.

Ya en 1959, García Tornel, Barnosell y Poal, el concepto de la Rehabilitación había sufrido un gran avance (14). Había pasado de significar sólo la descripción de una manera más o menos empírica de una serie de técnicas de tratamiento como la electroterapia, mecanoterapia, hidroterapia, climatoterapia, entre otras. Según estos autores, se estaba identificando la Rehabilitación con la Medicina Física, es decir con la utilización de agentes y medios físicos con fin diagnóstico y terapéutico. Pero esta etapa ya estaba siendo superada, según estos autores, y en ese momento se hablaba de esta “especialidad” de acuerdo con las normas emanadas de la Federación Internacional de Medicina Física y Rehabilitación. De acuerdo con ésta, se estaba apuntando que la Rehabilitación no era sólo la utilización de las técnicas terapéuticas de la Medicina Física, sino que iba más lejos porque intentaba independizar e integrar al inválido en su familia, la sociedad y el trabajo. Vemos por tanto que, un grupo de médicos amalgamaba la Rehabilitación con la Medicina Física, haciéndolas sinónimas. Mientras que otros autores identificaban la Medicina Física como un medio para conseguir un fin, la Rehabilitación. Esta polémica se expondrá con mayor detalle más adelante, en el capítulo sobre la actividad del personal especializado.

---

<sup>13</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe.* Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos., 1958, 158. Ginebra. OMS.

<sup>14</sup> García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.

Una aportación más en torno al concepto de Rehabilitación, es la de Piga que en 1959, exponía muy acertadamente, que el concepto de rehabilitación era algo complicado y existían varios términos que a su juicio solían confundirse con él (15). Muchos autores hablaban de rehabilitación, recuperación, recapitación, reeducación, readecuación e reintegración como sinónimos, aunque para otros más puristas tenían distintas acepciones y matizaciones. Piga definía la "recuperación física" cuando se alcanzaba el límite de la curación de la lesión o enfermedad. Exponía que con la "reeducación funcional" se pretendía la restitución de la salud en su aspecto funcional, por medio de la ejecución de movimientos analíticos de la articulación. Mientras que la "reeducación profesional o rehabilitación" tenía como fin devolver al enfermo, en mayor o menor grado, su capacidad para la profesión u oficio anterior. Este era el objetivo primordial en todo programa de Rehabilitación. La "rectificación vocacional o readaptación", intentaba enseñar un nuevo empleo al paciente cuando no podemos capacitarle para su oficio anterior. Pero hay que destacar que la mayor parte de los médicos no utilizaban estas matizaciones, y se hacían sinónimos rehabilitación y readaptación funcional en la mayor parte de la literatura científica de la época.

En el IV Congreso Nacional de Rehabilitación, en 1963, Juan Bosch Marín, señalaba en la conferencia del acto de apertura una definición muy completa respecto a al Rehabilitación

"El proceso de rehabilitación física, mental, emocional y laboral, es la suma de valores perdidos o en trance de perderse definitivamente en hombres con minusvalía física (...) expuestos a perder todos o alguno de los atributos de la salud, conceptuada hoy como estado completo de bienestar físico, bienestar mental y bienestar social" (16).

Esta definición integraba tres ideas fundamentales de la Rehabilitación. En primer lugar, hay que destacar que ya definía la rehabilitación como un concepto integral, que debía de cubrir los aspectos físicos, mentales, emocionales, laborales y

<sup>15</sup> Piga. Bases y proyecto de un servicio de rehabilitación y valoración de lesionados en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 317-324.

<sup>16</sup> Bosch Marín J. *El valioso arte de la rehabilitación*. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.



sociales; es decir, debía de conseguir el máximo bienestar físico, mental y social. Además, se dirigía a personas con unos valores funcionales y sociales perdidos, es decir, la diana de estos conocimientos era un grupo de la población con del denominador común de la invalidez. Por último, también se dirigía a las personas que tenían posibilidades de perder su capacidad funcional o social, destacando así el papel de la rehabilitación con finalidad preventiva. Además en su definición ya se utilizaban las palabras minusvalía física y enfermedades invalidante, núcleo de acción de la nueva actividad especializada.

Hernández Gómez, añadía un matiz nuevo respecto a lo anteriormente expuesto, y opinaba que la Rehabilitación era diferente al resto de especialidades médicas (17). Lejos de estar integrada por sumas o fragmentos de otras especialidades más antiguas, para este autor constituía “una forma de entender y aceptar al hombre inválido dentro de los factores ambientales, acoplando de tal manera éstos a aquel y aquel a éstos, que el resultado alcanzado sea una forma autosuficiente de vida para cada hombre inválido” (18). La Rehabilitación sería para este autor, una disciplina dentro de la Medicina, destinada a conseguir la integración social de los inválidos. Además, no sólo se intentaba mejorar al máximo al inválido, sino que también se hablaba ya de adaptación del medio donde se desenvolvía el inválido, es decir de las adaptaciones, ayudas técnicas y modificaciones del medio, que es lo que actualmente denominamos *Tecnología de Rehabilitación*.

En España, como hemos visto, la Rehabilitación médica se consideraba que incluía no sólo los aspectos físicos sino también los psicológicos, sociales y vocaciones. En EEUU, en 1965, Kessler, figura destacada en el mundo de la Rehabilitación, precisaba que existían dos definiciones de Rehabilitación comúnmente aceptadas (19). Una de apreciación puramente médica, que consideraba la Rehabilitación como el empleo de todas las armas médicas que podían favorecer la recuperación del paciente. Y otra de carácter más general, que

---

<sup>17</sup> Hernández Gómez R. La Rehabilitación como ciencia, estructura, forma y dimensiones. *Rehabilitación* 1967; 1: 5-7.

<sup>18</sup> Hernández Gómez R. Teoría de la enseñanza en Rehabilitación (1). *Revista iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1971; VII: 27-35.

<sup>19</sup> Kessler H. Concepto de Rehabilitación. *Revista iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 5-12.

consideraba que la Rehabilitación era la restauración del inválido hasta sus máximos límites físico, mental, social, vocacional y económicos posibles, y que sólo se alcanzaba cuando el paciente se reintegraba en su familia, en su trabajo, en definitiva en la sociedad. Kessler, concluía diciendo que la Rehabilitación no era sólo el conjunto de técnicas médicas, quirúrgicas u ortopédicas, que buscaban la reconstrucción de los miembros del inválido, sino que suponía la reconstrucción de la vida total del enfermo.

Abundando en este sentido, Parreño declaraba en 1968, que la readaptación era “el conjunto de medios médicos, sociales y técnicos puestos en acción de una manera continua desde el estado de los primeros cuidados hasta la reintegración del inválido en el mundo del trabajo y la sociedad” (20). En la definición de este autor se introducía también el término trabajo, matizando que era necesario para conseguir el mayor bienestar social de la persona.

Angulo Pinto ofrecía una definición de la Rehabilitación muy similar a la de Parreño, en la que se consideraba que el inválido debía alcanzar el máximo bienestar en todos los sentidos.

“La Rehabilitación es el proceso que tiende a la reincorporación de los inválidos a la vida socioeconómica del país, en las mejores condiciones de bienestar físico, psicológico, social, vocacional y económico” (21).

Para conseguir este objetivo de reincorporación del inválido a la vida socioeconómica, eran necesarios distintos tipos de prestaciones. Entre ellas se incluían servicios sanitarios, educativos y socioprofesionales, que iban a requerir la colaboración de diferentes profesionales del ámbito de la Medicina y fuera de ella. Pero a su vez, si el tratamiento era llevado a cabo por distintos profesionales, debía de existir alguien que coordinara a este grupo de técnicos con funciones distintas pero complementarias. Por otro lado, según Pinto no había que olvidar que era necesario realizar un diagnóstico del proceso, prescribir el tratamiento adecuado, realizar controles periódicos para ver la evolución del proceso, sentar un pronóstico

---

<sup>20</sup> Parreño 1968. Op. Cit., p. 28.

<sup>21</sup> Angulo Pinto P. El servicio social en la Rehabilitación del inválido. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 40.

al inicio del tratamiento y durante el mismo, dar el alta y además, responder a preguntas tan simples como transcendentales:

“¿Cuál es la edad adecuada para un trasplante tendinoso?, ¿Qué sucederá con una deformación vertebral en período de crecimiento?, ¿Hasta cuando podemos esperar recuperación motora en una parálisis periférica?, ¿Cuáles son las posibilidades profesionales de un amputado? (22).

La persona que podría cumplir semejante propósito debía de tener formación de médico y además en este campo específico de la invalidez. Por este motivo ya desde 1958, en el primer Informe del Comité de Expertos de la OMS, se proponía que debía de existir un médico especialista en Rehabilitación que sería el encargado de asumir las funciones señaladas más arriba. Este primer informe tenía mucho interés porque también se exponía muy claramente que la finalidad principal de la Rehabilitación médica era restablecer al impedido a su situación anterior y desarrollar al máximo sus funciones físicas y mentales. Pero, ¿a quién se consideraba como impedido, incapaz o inválido?. Se definía *impedido* como aquella persona que presentaba una deficiencia médica diagnosticada que reducía su aptitud para hacer frente a las exigencias de la vida diaria. Para esta comisión de especialistas el *incapaz o inválido* era el que tenía mermada su aptitud para dedicarse a un trabajo remunerado. En la literatura consultada, se hablaba de impedido, incapaz o inválido como sinónimos.

Ya hemos visto como también para la OMS, la Rehabilitación era una labor de conjunto, no de una sola especialidad o técnica, en cuanto agrupaba a distintos profesionales como médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y otros (13). Este trabajo en equipo, debía estar formado por servicios médicos, educativos, profesionales y sociales. Pero también se señalaba en dicho informe que el coordinador del equipo de Rehabilitación debía de ser un médico y “no se podían introducir modificaciones importantes en el tratamiento sin su opinión”.

Diez años después, en 1968, en el segundo informe de la OMS sobre Rehabilitación Médica, se matizaba la definición sobre esta especialidad, añadiendo la idea de que se debían de utilizar “mecanismos compensadores” de la función

<sup>22</sup> Editorial. *Rehabilitación* 1987; 21: 124.

alterada siempre que fueran posibles (23). Además se volvía a insistir en la idea de que el objetivo de esta actividad era conseguir que el paciente fuera independiente y activo.

“El proceso de asistencia médico dirigido a desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo, y si son necesario sus mecanismos compensadores para hacerle capaz de alcanzar su propia independencia y permitirle una vida activa” (24).

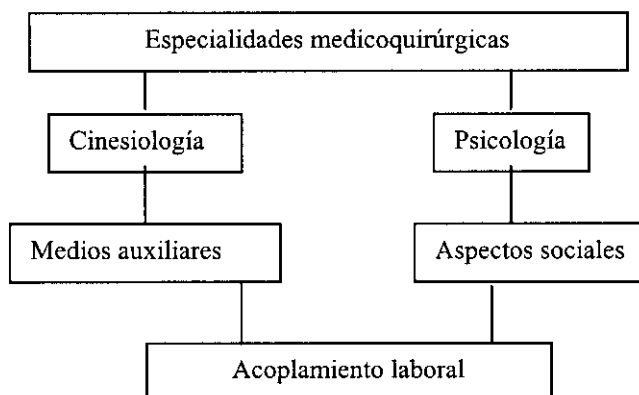
Hemos visto como fue evolucionando el concepto de Rehabilitación. Dependiendo del enfoque que se le diera los matices eran distintos. Podía definirse con un criterio exclusivamente médico centrándose en la recuperación de la actividad funcional; o bien, se le podían añadir matices laborales si se opinaba que la finalidad última era la reincorporación al trabajo, o desde una visión sociológica tomando en cuenta los aspectos médicos, educativos, laborales y sociales. También comenzaron a tenerse en cuenta los aspectos psicológicos del inválido, lo que sirvió para que la llamada Psicología de la Rehabilitación adquiriera gran auge en la época que nos ocupa en EEUU, y posteriormente se fuera introduciendo en España (7).

Por parte del colectivo médico español, finalmente se desembocó en una visión integral en la que agrupaban distintos elementos. De este modo, en 1967, en el primer número de la revista Rehabilitación, órgano de expresión de la Sociedad Española de Rehabilitación, apareció el siguiente esquema sobre el concepto de globalidad de la Rehabilitación (17), que es totalmente superponible a la que tenemos actualmente. En este sentido, la Rehabilitación se nutría de conocimientos de cualquier especialidad médico-quirúrgica, pues los pacientes podían ser de origen neurológico, reumatológico, traumatológico, etc., y de la cinesiología o ciencia del estudio de las actividades del aparato locomotor, pilar básico de la Rehabilitación como veremos en el capítulo siguiente. Con la colaboración de técnicas sanitarias auxiliares como la fisioterapia, terapia ocupacional, ortopedia, y otras disciplinas como la psicología o la asistencia social, se intentaba conseguir la máxima

<sup>23</sup> Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Segundo informe. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos, 1969; 419. Ginebra. OMS.

<sup>24</sup> Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Segundo informe. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos., 1969, 419. Ginebra. OMS.

funcionalidad e independencia del paciente inválido, culminando el éxito cuando el paciente se reincorporaba a la vida laboral.



De otro lado, es imprescindible destacar que actualmente la Rehabilitación y la Medicina Física están unidas indisolublemente. Sin embargo, en la época del estudio que nos ocupa, surgía la Rehabilitación bajo el amparo de la Traumatología y Cirugía ortopédica, con un sentido de recuperación funcional. La Medicina Física en España, en algunos aspectos tenía muy escaso desarrollo, manteniendo prácticamente el mismo material de electroterapia y mecanoterapia existente a finales del siglo XIX y por fin separándose definitivamente de las incipientes especialidades de la Radiología y Radioterapia (4). Sin embargo, la Medicina Física no se consolidó como especialidad en España como le ocurrió a las otras ramas. Fue bajo el amparo de la Rehabilitación cuando finalmente se agregaron ambas disciplinas y conformaron la nueva especialidad. Este debate sobre quien englobaba a quien, si Medicina Física a Rehabilitación o al revés, estuvo presente en esta época y se analizará con mayor detalle en el capítulo sobre la actividad especializada.

Fue precisamente en la década de los años cincuenta y sesenta cuando se consolidaba la Rehabilitación en España, desarrollándose diversas pugnas entre ésta y otras especialidades por la delimitación de los contenidos de la nueva disciplina. Finalmente se consiguió la independencia y consolidación de la Rehabilitación como especialidad, pero íntimamente imbricada con la Medicina Física. “Fue entonces

cuando se sentaron las bases de nuestra especialidad, precisamente formadas por el binomio Medicina Física y Rehabilitación, es decir, un medio y un fin” (25).

\*\*\*\*\*

A la vista de la exposición, podemos concluir diciendo que la Rehabilitación era considerada como un nuevo concepto y una nueva forma de entender la Medicina. Estaba dirigida a un colectivo de personas al que hasta entonces se había prestado escasas atenciones: los inválidos. Constituía un tratamiento integral que trataba distintos aspectos del hombre no sólo físicos, sino también sociales, económicos y para ello utilizaba diversos medios. Hay que destacar que se le atribuía un objetivo totalmente novedoso la reintegración física, social y laboral del inválido. La definición de Rehabilitación como “la respuesta de la medicina a la incapacidad que surge de los logros de la física terapéutica aplicados a los inválidos” (9) nos da información muy significativa respecto al papel de los agentes y medios físicos en la disciplina, en el periodo histórico estudiado. Pero no podemos olvidar, que también la intervención social, educativa, psicológica y laboral, eran parte de la Rehabilitación en su visión más completa, para conseguir la finalidad tantas veces mencionada, la Rehabilitación integral del paciente a la sociedad.

---

<sup>25</sup> Barnosell Nicolau F. Citado en Climent Barberá (4).

## 2.2. Contenidos de la Rehabilitación

"Surge la rehabilitación con un elevado concepto humanitario, filosófico, religioso, moral y económico-social. Como una doctrina dirigida a lograr el máximo de beneficio para el inválido y para la sociedad, y ésta sintiendo la responsabilidad del problema, se enfrenta a él y trata de solucionar tomando en sus manos la rehabilitación de los inválidos" (1).

Durante la década de los años cincuenta y sesenta, se fue organizando un grupo de profesionales que comenzó a dedicarse específicamente al paciente inválido. Los cuidados que dedicaban a estos enfermos tenían entidad propia y utilizaban también unos medios específicos. Así, el "nuevo" colectivo de médicos, ofrecía una asistencia médica especializada que hasta entonces no se había manifestado tan notoriamente. Ponían así en el "mercado" de la Medicina un nuevo producto en forma de asistencia especializada para los inválidos, para los que hasta entonces casi exclusivamente sólo habían recibido subsidios y pensiones (2). Tenemos que destacar que en el caso del Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, ya estaba presente desde su inicio, el objetivo de reinsertar al inválido a su vida social y profesional. En este capítulo vamos exponer los contenidos sobre los que estos médicos sustentaban la identidad de la nueva actividad médica que iban desarrollando.

Toda especialidad que nace, está asentada en unos contenidos que le dan entidad propia y las diferencian del resto de las disciplinas. En este sentido, adelantamos que la Rehabilitación iba a caracterizarse por el uso de unas técnicas terapéuticas propias, como la hidroterapia, la electroterapia o la cinesiterapia. Pero no tenía un solo órgano diana sobre el que actuar, sino más bien un grupo de población, los inválidos, con el denominador común de la discapacidad y sobre donde se iban a aplicar los cuidados especializados.

---

<sup>1</sup> Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.

<sup>2</sup> Gritzer G, Arluke A. *The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980*. Berkely: University of California Press, 1985.

En este capítulo vamos a exponer cuáles fueron los contenidos de esta nueva disciplina, es decir, de aquellos que en la época estudiada en esta tesis, se denominaban por algunos como “*filosofía de la Rehabilitación*”: el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos de esta parte de la Medicina. Posteriormente, expondremos la relación de la Rehabilitación con otras especialidades médicas y paramédicas, con las que frecuentemente era confundida por tener límites poco claros, a pesar de tener campos de actuación distintos. En este apartado se describirán las señas de identidad de la Rehabilitación frente a otras especialidades tal y como fueron presentadas en la bibliografía revisada.

Nos interesa indicar ahora que, los contenidos presentados en este capítulo se referirán al caso de la Rehabilitación en España. No obstante, de cara a obtener una mejor contextualización de los puntos de vista respecto de los médicos españoles, nos ocuparemos de mostrar cómo era entendida la Rehabilitación en el plano internacional y muy especialmente, por el país que más había avanzado hacia la consideración de la Rehabilitación como una especialidad, EEUU.

### **2.2.1. Contenidos**

Como ya hemos visto anteriormente, en algunas situaciones, tras la aplicación de la medicina preventiva y la medicina curativa, algunos pacientes no se recuperan totalmente de sus lesiones y quedan con secuelas (3). Los médicos comenzaron a llamar la atención sobre este hecho y esta realidad. Establecieron una nueva postura frente a estos pacientes. Puesto que no se podía conseguir su recuperación total, se consideraba necesario readaptar a la persona con secuelas a una vida lo más satisfactoria posible dentro de sus posibilidades.

A la hora de señalar cuáles habían de ser las tareas a desarrollar por este grupo de especialistas, y los contenidos de los que había de estar dotada esa especialidad, los médicos del periodo que estamos analizando fueron transformando sus puntos de vista al respecto. En este sentido, un primer trabajo que nos sirve como

---

<sup>3</sup> Hernández Gómez R. Rehabilitación y Traumatología. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 50-61.



referencia es el de García Tornel, Barnosell y Poal (4). Al considerar cuáles eran las “bases científicas” de la Rehabilitación, estos autores proporcionaban una visión que comparada con las de autores posteriores, hay que juzgar como muy restringida. Para ellos, los contenidos de la Rehabilitación eran la *fisiopatología clínica* de los síndromes que condicionaban secuelas incapacitantes, las *técnicas exploratorias* especiales para llegar a un diagnóstico preciso, y el conocimiento de la aplicación y acción biológica de los *medios terapéuticos* a emplear. De este modo, su idea sobre los contenidos de la Rehabilitación dejaba fuera algunos aspectos, que como veremos de inmediato, iban a servir de “cimientos” para delimitar los contenidos de esta nueva actividad especializada frente a otro tipo de actuaciones médicas.

En este sentido, autores posteriores iban a llamar la atención sobre la dimensión social del quehacer rehabilitador. Orozco Acuaviva señalaba en 1969, que el término Rehabilitación había sido usado y captado por muchos campos de la medicina. Así se hablaba de rehabilitación de ciegos, de sordos, de enfermos cardíacos, de poliomielíticos, para referirse a la readaptación funcional del paciente (5).

Sin embargo, este uso no abarcaba todo el significado de la Rehabilitación, ya que como expresaba Orozco Acuaviva el “espíritu” de ésta, sobrepasaba la recuperación funcional del paciente llegando hasta la reincorporación familiar, social y laboral del mismo. Es decir, la Rehabilitación tal y como se trataba de destacar, en ese momento, no había de tener como objetivo exclusivo recuperar el movimiento o la fuerza de una determinada articulación, sino que debía de conseguir que el paciente volviera a realizar, de la forma más independiente posible, sus actividades de la vida diaria. Bosch Marín expresaba muy gráficamente esta idea, cuando decía que “mucho ha de estudiar el mundo que nos rodea el médico que quiera ser rehabilitador, y no fisioterapeuta de sus discapacitados” (6). Con esta frase se distinguía entre los cometidos del fisioterapeuta, conseguir la recuperación de la función de una articulación o miembro, con la función del rehabilitador, que iría más allá de conseguir la recuperación de la función al pretender reincorporar al paciente a

<sup>4</sup> García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.

<sup>5</sup> Orozco Acuaviva. Ideario sobre Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V(3): 45-48.

la familia, a la sociedad y al trabajo. En este sentido, se consideraba necesario ahondar hasta el campo de la valoración vocacional, con la enseñanza de oficios adecuados a la discapacidad, el reempleo, la independencia económica y la readaptación social para conseguir una rehabilitación integral del paciente.

Orozco Acuaviva matizaba que la Rehabilitación no era un simple conjunto de técnicas terapéuticas sino una filosofía de la discapacidad (5). Se refería a la filosofía entendida como conjunto de conocimientos teóricos y prácticos de una parte del saber humano, en este caso de la Rehabilitación. La discapacidad se refería a la situación de invalidez, de incapacidad o mejor de disminución de la capacidad para realizar el paciente las tareas que hacía previamente al accidente o enfermedad. Se había de intentar conseguir la restauración del inválido a la utilidad más amplia, física, mental, social, vocacional y económica de que fuera capaz. Englobaría la Rehabilitación, los contenidos de la Medicina, la psicología y el mundo laboral, entre otros.

En relación con esto, la Rehabilitación médica, para Orozco, tenía *el "fin doctrinario"*, doctrina en el sentido de ciencia, de colocar al hombre inválido en la barrera mínima de su incapacidad, de su invalidez, y en el límite máximo de sus posibilidades, y para ello debía acudir a todas las ramas de la Medicina (7). De la necesidad de este conjunto de saberes surgiría la medicina de Rehabilitación como conjunto del saber médico total aplicado al hombre inválido.

Es importante señalar, que ya en esta época, se consideraba que la rehabilitación había de iniciarse precozmente en el periodo agudo de las enfermedades susceptibles de ocasionar secuelas, e incluso en los pacientes intervenidos quirúrgicamente debía de comenzar ya en el quirófano (8). Así se evitaban las posiciones viciosas articulares que no sólo comprometían la estática articular futura, sino también la función de las estructuras musculoligamentosas que habían permanecido en tensiones anómalas. Esto podría interpretarse como una

---

<sup>6</sup> Bosch Marín J. Op. Cit., p. 29.

<sup>7</sup> Orozco Delclós R. Rehabilitación y Cirugía. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 38-40.

<sup>8</sup> Anónimo. Terapéutica y rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 50-66.

expansión de la especialidad y podrían aparecer conflictos de fronteras con otras especialidades como de hecho ocurrió y más adelante se comentará.

A la vista de estos contenidos, podemos afirmar que los médicos españoles se estaban situando en la misma línea de los médicos de EEUU. Rush, considerado como el padre de la Rehabilitación, opinaba que

"La rehabilitación del enfermo y del discapacitado crónico no consiste sólo en una serie de técnicas restauradoras; es una **filosofía de responsabilidad médica**. El no asumir esta responsabilidad significa garantizar el deterioro continuo de muchas personas que presentan una incapacidad no tan grave hasta que también ellos alcanzan la categoría de discapacitados graves y una dependencia total". (9)

Sin embargo, otros autores estaban defendiendo otro punto de vista en el que el objetivo de la Rehabilitación era fundamentalmente conseguir la reincorporación del paciente al trabajo. Cibeira opinaba que

" La Rehabilitación como Filosofía depende fundamentalmente de la **educación de la comunidad**, es comprender que el trabajo fisiológicamente considerado representa una parte inseparable de nuestro ser y que la terapia laboral es a la actividad del músculo y la mente como el oxígeno es a la función de respirar" (10).

Se señalaba la importancia del trabajo en el contexto de la Rehabilitación del paciente, la reincorporación laboral era sinónimo de Rehabilitación concluida.

Era necesario persuadir al paciente, a la familia y a la comunidad en general de que en esta filosofía recuperarse no era "curarse" en el sentido clásico de la palabra, sino mejorar al máximo las posibilidades residuales. Era necesario enseñar al paciente a vivir con su propia incapacidad. En aquella época, la salud no era sólo la ausencia de enfermedad, sino el máximo bienestar, y en este sentido al inválido había que recuperarle en el aspecto físico, y también en el mental y el social. Aunque muchas veces no se conseguía curar el proceso, la persona superaba su invalidez y se

<sup>9</sup> Kottke FJ, Lehmann JF, Stillwell GK. Prefacio a la tercera edición. Kottke FJ, Lehmann JF. Prefacio a la cuarta edición. En: FJ Kottke, JF, Lehmann JF. *Medicina Física y rehabilitación*. Cuarta edición Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993; XXIII-XXXII.

<sup>10</sup> Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 29-38.

incorporaba a su vida anterior, con lo que se conseguía el objetivo de la Rehabilitación.

Abundando en la idea, se comenzaban a esbozar los contenidos de la futura Rehabilitación integral. Se insistía continuamente en la necesidad de incorporar al inválido a su trabajo y a su medio social. Así, Vega Díaz apuntaba que

"El enfermo rehabilitado es uno que, dentro de la limitación física de su enfermedad, ha sido psicológicamente orientado a aceptar tales limitaciones, sin miedo ni ansiedad y con un sentido de utilidad a su vida y a la de los asociados que trabajan en la comunidad" (11).

El paciente rehabilitado se consideraba un miembro más de la sociedad con todos sus derechos, pero también con sus obligaciones tal y como hemos expuesto anteriormente.

La Rehabilitación se caracterizaba por ser una parcela de la Medicina eminentemente positiva, que no juzgaba por "la falta de" una determinada función, sino que en todo momento buscaba las compensaciones, las funciones vicariantes, y las ayudas para conseguir el máximo de lo que teníamos (10).

A la hora de mostrar los rasgos característicos de la Rehabilitación, los autores señalaban también que su ejecución no podía ser un proceso estandarizado o protocolizado. Cada situación, cada lesión, cada caso era distinto y por lo tanto precisaba un tratamiento diferente. Como decía Bosch Marín: "El equipo médico-social ha de ser como el artista, ha de moldear el tosco barro del deficiente hasta convertirlo en nuevo hombre útil a sí mismo y a la sociedad, evitando que a la mutilación física se añada una mutilación moral y social" (12).

Llamando también la atención sobre la necesidad de huir de la estandarización, López y Bataller exponían que el proceso rehabilitador se debía

<sup>11</sup> Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.

<sup>12</sup> Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2):30.

adaptar a los recursos humanos y tecnológicos, a las necesidades y a las posibilidades de nuestro país. Así, afirmaban que:

"Hemos de crear nuestra rehabilitación, pues si bien las enfermedades son similares en todo el mundo, sus repercusiones psicológicas y económicas son peculiares de la idiosincrasia de cada país" (13).

Diez años después, se continuaban perfilando los campos de acción de esta futura especialidad sobre las mismas bases científicas expuestas anteriormente. Hernández Gómez en 1969 exponía lo que llamó el "núcleo doctrinal" de la especialidad (14). Este autor realizó varios trabajos en torno a este tema, pues consideraba que era sumamente interesante y necesaria la delimitación de los contenidos y actuaciones de la Rehabilitación. Es importante detenerse en este testimonio, y destacar que ya incluía muchos de los puntos que constituyen actualmente los contenidos de la especialidad en España.

Hernández Gómez argumentaba que este núcleo doctrinal lo componían ocho parcelas de conocimiento que eran, la neurofisiología, la cinesiología, la psicología, la sociología, el derecho laboral, la patología, la terapéutica y la medicina física. Llama especialmente la atención que ya se incluyeran dentro de una disciplina médica, contenidos de psicología, sociología y derecho, como ejes fundamentales de la futura especialidad, lo que hacía que se pudiera enmarcar esta actividad médica en opinión de Hernández Gómez, en el contexto de la Medicina social. Vamos a exponer brevemente las aportaciones que hacían a la Rehabilitación cada una de esas parcelas de conocimiento. Nos parecen muy significativas porque nos permite ir mostrando de qué manera los rehabilitadores planteaban su campo de delimitación en sus acciones, con relación a otros profesionales médicos o paramédicos.

La **neurofisiología** aportaba los conocimientos necesarios para poder utilizar métodos de tratamiento tipificados que nos brindaban soluciones terapéuticas para pacientes hemipléjicos, parkinsonianos, cerebelosos, parapléjicos y paralíticos

---

<sup>13</sup> López Fernández A, Bataller Sallé J. Importancia de la rehabilitación en los planes de la Seguridad Social. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:305-309.

<sup>14</sup> Hernández Gómez. El núcleo doctrinal. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V: 29-44.

cerebrales, fundamentalmente. Además, esta ciencia era imprescindible para poder dominar la electromiografía, técnica diagnóstica que se inició en casi todo el mundo de la mano de los rehabilitadores y que poco a poco fueron adoptando otras especialidades como la neurología, hasta llegar finalmente a la formación de una nueva especialidad: la neurofisiología clínica.

La **cinesiología** estudiaba las funciones del aparato locomotor en cuanto a la vida de relación. Era fundamental dentro de la Rehabilitación aunque también lo era para otras especialidades médicas como la cirugía ortopédica, medicina deportiva, laboral, etc. La cinesiología permitía un conocimiento de las acciones funcionales del aparato locomotor, tanto en situaciones normales como en estados patológicos (15). La cinesiología fisiológica se denominaba también normomecánica o biomecánica, y a la cinesiología patológica se la conocía también por patomecánica. Esta disciplina ayudaba en la exploración, en la prescripción del tratamiento, en el análisis y adecuación de una ayuda mecánica, en el estudio laboral y en la valoración objetiva de la discapacidad. Además, la tipificación de las fases cinesiológicas permitía prever la evolución de un paciente que había estado inmovilizado durante un tiempo. Tenía su utilidad tanto en el aparato locomotor, como en el respiratorio. El conocimiento de la cinesiología era también indispensable para otros componentes del equipo de Rehabilitación como el fisioterapeuta, el técnico ortoprotésico, el terapeuta ocupacional y el logopeda. Constituía pues un nexo de unión importante entre los integrantes de este equipo.

Con relación a la **psicología**, decía Hernández Gómez que “el rehabilitador ha de ser necesariamente, por lo menos, un mediano psicólogo” (16). Esta disciplina venía a apoyar la idea de que el hombre debía ser contemplado holísticamente. La salud no sólo se refería al plano físico sino también al mental, por lo tanto había que conseguir el mayor nivel funcional factible, pero también la más alta estabilidad afectiva posible. Para ello, según defendía Hernández Gómez, los discapacitados físicos podían necesitar muchas veces ayuda especializada, ya fuera psiquiátrica o psicológica para superar sus secuelas. Otras veces, las alteraciones emocionales que

---

<sup>15</sup> Hernández Gómez. Cinesiología y Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967;1: 17-46.

<sup>16</sup> Hernández Gómez 1969. Op. Cit., p. 37.

sufrían eran más leves por lo que no se necesitaba ayuda especializada y era el médico rehabilitador el encargado de afrontarlas, para ello necesitaba tener conocimientos básicos en torno al tema. Los discapacitados no siempre era físicos y las discapacidades mentales reclamaban cada vez mayor atención, además como acabamos de ver, la rehabilitación tenía una visión holística del hombre, cuerpo y alma. Se estaba asistiendo a la transformación en cuanto a la actitud de la sociedad hacia el inválido, y en este sentido la consideración de los valores psicológicos del discapacitado adquiriría gran importancia. Por esto era misión del rehabilitador, integrar al discapacitado que durante siglos había estado apartado de la sociedad por peligroso, loco o poseedor de fuerzas infernales, a la sociedad, y en una aproximación humanística comprobar la positividad de sus valores. Podemos ver cómo el inválido había pasado a ser valorado como un ser humano digno de consideración y respeto, con derecho a gozar de un nivel de vida adecuado, y no solamente una persona objeto de la caridad y filantropía de los demás.

Otro aspecto que los médicos incluían dentro de la Rehabilitación eran los **elementos sociológicos**. La Rehabilitación era concebida una actividad médico-social, y su aspecto social era el que se encargaba de acoplar a los discapacitados en la sociedad y en una actividad laboral adecuada. En Septiembre de 1968, en la Conferencia Internacional de Ministros responsables del Bienestar Social, la Sociedad Internacional de Rehabilitación presentaba un informe sobre las necesidades primarias en Rehabilitación dentro del marco de los Servicios Sociales Nacionales (17). En el número siete se decía:

“Una Rehabilitación efectiva debe de actuar sobre la totalidad de la persona, y compaginar las necesidades médicas, sociales, educacionales y vocacionales (...) una Rehabilitación adecuada contribuye significativamente a las posibilidades del desarrollo nacional, en tanto que la falta de Rehabilitación adecuada da como resultado un gasto innecesario de medios humanos y de material (...) es esencial que los planes y programas para el desarrollo nacional prevean adecuadamente el trato con el inevitable y creciente problema de la discapacidad” (17).

La necesidad de la instauración de la Rehabilitación rebasaba el ámbito médico y alcanzaba así el ámbito estatal considerándose como esencial su

---

<sup>17</sup> Hernández Gómez 1969. Op. Cit., p. 38.

implantación y desarrollo. Este componente social de la Rehabilitación era para Hernández Gómez, un rasgo muy importante, ya que constituiría su trama o esqueleto (14). Para este autor el médico rehabilitador era ante todo un sociólogo, y entendía la sociología como la ciencia que trataba de las condiciones de existencia y desenvolvimiento de las sociedades humanas, y la invalidez como un fenómeno importante que las afecta.

Aspectos tradicionalmente manejados por la Medicina Legal, y que Hernández Gómez denomina de **Derecho laboral** también eran considerados como parcela de conocimiento dentro de la Rehabilitación (14). Su importancia derivaba esencialmente de elevado número de pacientes laborales en la consulta de Rehabilitación, constituyendo hasta el 10%. Tras el periodo de recuperación funcional el paciente se reincorporaba a su trabajo y muchas veces debía ser objeto de baremación de sus discapacidades para que pudiera ser posteriormente indemnizado. En otras ocasiones, si el paciente no lograba ser independiente debía solicitar una invalidez. Esta situación hacía necesario que el médico tuviera unas nociones básicas sobre derecho laboral para poder preveer cuales serían los trámites legales que sería el proceso morboso del paciente.

En cuanto a la **Terapéutica** aplicada a la Rehabilitación, para Hernández Gómez la única forma de terapéutica admisible en Rehabilitación era la social y dentro de ésta tenía especial importancia la mejora funcional. Según él, pretender dar a la Rehabilitación una entidad doctrinal referente a técnicas propias era un completo fracaso (14).

La Rehabilitación no se basaba en una técnica terapéutica nueva, ni sobre un órgano o aparato enfermo, ni sobre una población de una determinada edad, esta nascente especialidad tenía su punto de mira en la invalidez, con el claro objetivo de colocar al paciente en el nivel más bajo de esta discapacidad. Por esto, es necesario destacar la opinión de Hernández González, cuando apuntaba que los métodos que empleaban, yesos correctores, cinesiterapia, ortopedia mecánica entre otros no bastaban para decir que tenían un sistema terapéutico genuino, porque para él aceptar esto sería quedarse en el “umbral” de decir que el uso de la electroterapia o mecanoterapia, era la Rehabilitación. La determinación de las dosis y el uso de las



técnicas eran secundarias, lo verdaderamente importante residía en saber para qué se usaban determinadas técnicas o fármacos, y no el cómo se hacía. Según él, esta manera de comprender el problema era la única que permitiría conformar y dar entidad a la Rehabilitación desde un punto de vista de terapéutico. Como vemos se estaba exponiendo implícitamente la diferencia entre el médico y el fisioterapeuta, el médico diagnosticaba y prescribía, y el fisioterapeuta llevaba a cabo las técnicas terapéuticas prescritas. Lo verdaderamente importante no era saber manejar un aparato o realizar una técnica específica, sino poder diagnosticar un proceso y prescribir el tratamiento adecuado según las características individuales de esa persona.

Con relación al ámbito de la **Patología**, para Hernández Gómez, no existían enfermedades específicas objeto de tratamiento de la Rehabilitación, porque la mayor parte de la patología neurológica, traumatológica, etc., podía ser subsidiaria en un momento determinado de estos cuidados (14). A él le parecía mejor hablar de una Rehabilitación aplicada a la patología, en vez de una Patología de la Rehabilitación.

La **Medicina Física**, era una parcela de conocimiento muy importante dentro de la Rehabilitación. Estudiaba la utilización de los agentes físicos no ionizantes como método diagnóstico, terapéutico y de prevención. Conviene tener presente que ya en el momento en el que Hernández Gómez escribía su trabajo, la delimitación del uso de los agentes físicos en la Rehabilitación aparecía bastante delimitada. Por lo tanto en ese momento la Rehabilitación se diferenciaba de la Terapéutica Física, porque ésta incluía todos los agentes físicos, tanto los ionizantes como los no ionizantes, y con exclusivamente con una finalidad terapéutica.

Merece la pena destacarse un trabajo publicado en 1959 en el que se hizo una excelente revisión sobre todos los medios físicos terapéuticos usados en Rehabilitación (18). En una primera parte aportaban datos históricos sobre el empleo de los medios físicos en terapéutica. Después comentaban la acción biológica de los más usados, que eran la hidroterapia, la termoterapia, la electroterapia (donde incluían la corriente galvánica, iontoforesis, electroestimulación, corrientes

---

<sup>18</sup> Anónimo. Terapéutica y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 50-66.

aperiódicas a baja frecuencia y onda corta), la incipiente terapéutica ultrasónica, la luminoterapia, el masaje y la cinesiterapia o kinesiología pasiva y activa.

La Medicina Física estaría englobada dentro de la Rehabilitación porque para Hernández Gómez no sería más que un conjunto de técnicas que utiliza ésta, y era pues redundante nombrarla aparte. Para este autor, nombrar la especialidad como Rehabilitación y Medicina Física, como se hacía en muchos países era una redundancia, en la que aconsejaba no se debía caer en nuestro país.

Hay que indicar que de forma distinta se consideraba en la revista *Acta Fisioterápica Ibérica*, órgano de expresión de los médicos especializados en Rehabilitación, donde se referían a la medicina física como una entidad que iba cobrando paulatinamente interés, no sólo en el ámbito médico sino también por el gobierno, por la posibilidad de recuperar a los incapacitados y hacerles aptos para un nuevo trabajo (19). Exponían que el fin de la Medicina Física era “reintegrar al inválido a la sociedad liberándole de una vida inútil.

Como podemos observar, para estos colectivos todavía no estaba muy clara la diferencia entre Rehabilitación y Medicina Física, como comentaré más adelante en el apartado sobre la actividad especializada. Por otro lado, con la denominación de fisiatría se englobaba a todo aquello que no fuera psiquiatría, por lo que para Hernández Gómez el nombre era de una abstracción inconmensurable. Sin embargo, en el ámbito europeo curiosamente existía una Sociedad Internacional de Rehabilitación y otra también internacional de Medicina Física que como veremos más adelante finalmente se fusionaron.

A la vista de lo anterior, cabe señalar que a lo largo del periodo estudiado se fueron perfilando los contenidos de la Rehabilitación, y se han mantenido treinta años después aquellos que García Tornel expusiera en las primeras bases científicas de la Rehabilitación. Así se describen las *áreas de conocimiento científico* de esta disciplina médica en la tabla siguiente (20,21).

<sup>19</sup> Pórtico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 7-8.

<sup>20</sup> Rodríguez Rodríguez LP, Ruiz García H, Pastrana Pérez-Canales R, Forner Valero V, Asirón Iribarren PJ, Caballé Lancry C. et al. Informe de la Comisión Nacional de Rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación* 1979; 13: 347-361.

### **Áreas de conocimiento científico de la Rehabilitación.**

1. Estructura y función del organismo.
2. Respuestas fisiológicas y bioquímicas de los tejidos, órganos y sistemas corporales.
3. Fisiopatología y patomecánica de los síndromes invalidantes.
4. Electrofisiología aplicada al diagnóstico de las enfermedades neuromusculares.
5. Semiología y valoración de la incapacidad y del potencial remanente.
6. Indicaciones y prescripción de las técnicas terapéuticas básicas.
7. Indicación, prescripción y valoración de ortesis, prótesis y adaptaciones o ayudas funcionales.
8. Estudio de ciencias de la conducta.

A la vista de los contenidos expuestos, el colectivo médico especialista se planteaba los siguientes *objetivos básicos* de la Rehabilitación, muy acertadamente expuestos por Vega Díaz (22).

En primer lugar, ayudar al paciente a adaptarse psicológica, emocional, social y laboralmente a la enfermedad “hipocapacitante”. Este era un objetivo eminentemente social, pues aspiraba a una triple revalorización, del cuerpo, del espíritu y de los recursos económicos.

Se consideraba obligatorio instaurar la terapéutica física precozmente, para evitar o disminuir las temibles deformidades originadas por problemas articulares o periarticulares que empeoraban notablemente el pronóstico. Cuando éstas ya estaban

<sup>21</sup> Anónimo. Historia de los programas de formación. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación* n° 38. Madrid: Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 75-102.

<sup>22</sup> Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.

establecidas, su tratamiento debía ser lo más completo y eficaz posible, utilizando los medios físicos de los que se disponía y que anteriormente hemos descrito.

El objetivo primordial del tratamiento estaba encaminado a mejorar la función para que el paciente pudiera realizar sus actividades de cuidados personales y otras necesidades de modo independiente. Aunque no se consiguiera la restauración anatómica de la lesión, era imprescindible obtener la mayor capacidad funcional para el paciente, y lo ideal era conseguir que fuera independiente.

De otro lado, se observaba que era obligación de la medicina de Rehabilitación proporcionar al paciente todas las ayudas “técnicas” que le fueran necesarias para poderse desenvolver con independencia en su vida normal. Además, se debían establecer unos objetivos vocacionales o profesionales adecuados a cada paciente, para conseguir su adaptación o readaptación a un empleo.

Los objetivos básicos antes expuestos fueron recogidos posteriormente en el Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas de 1983, así como los servicios que incluían la especialidad de Rehabilitación (23). Pasados treinta años las metas que se pretendía alcanzar con la Rehabilitación eran las mismas que se plantean actualmente. A pesar de que en la década de los cincuenta y sesenta en España se estaba comenzando a desarrollar esta especialidad, las premisas que presentaban los autores de esta época eran muy avanzadas, ya que como hemos expuesto, actualmente las seguimos manteniendo.

Como veremos con mayor profundidad al final de este capítulo la Rehabilitación era considerada la cuarta fase de la Medicina por la OMS (24, 25). Parecía que se trazaba una línea por debajo de donde terminaba la medicina curativa y comenzaba la medicina rehabilitadora. Sin embargo, muchos médicos españoles opinaban que no podía separarse del resto de la Medicina. Para Alzamora, el concepto de una última fase de la Medicina estaba equivocado, “correspondiendo a

---

<sup>23</sup> *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías. Madrid 1988.

<sup>24</sup> *Comité de expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe*. OMS. Ser. Inf. Tecn., 1958, 158. Ginebra. OMS.

<sup>25</sup> Noticiario: programa de Rehabilitación de la OMS. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1964; IX: 77-79.

una noción falsa de compartimentos estancos” (26). Añadía que este problema limitaba extraordinariamente en las posibilidades de actuación de la Rehabilitación, porque ésta habitualmente actuaba en una fase tardía, cuando las secuelas y la invalidez a menudo estaban ya establecidas. Añadía que si el tratamiento hubiera comenzado más precozmente, podría haberse evitado o disminuido la aparición de estas secuelas. Alzamora señalaba muy acertadamente que

“La Rehabilitación no comienza donde termina la medicina clásica curativa, sino que ésta ha de estar plenamente incorporada como una parte integrante de la reconstrucción dinámica del individuo, modificando las técnicas, cuando el criterio lo aconseje, al logro de aquel fin primordial, convirtiendo en realidad la medicina integral” (27).

Destacamos el hecho de que Alzamora hablaba de medicina integral refiriéndose al campo de la Rehabilitación. Fue uno de los primeros médicos en los que hemos encontrado esta nomenclatura. Comentaba que con el “nuevo” concepto de medicina integral, el médico estaba obligado a plantearse desde el primer momento los problemas del enfermo o del inválido desde un punto de vista de la totalidad del hombre, y esto suponía un cambio considerable en la actitud de médico. No se iban a tener en cuenta sólo aspectos médicos, sino también vocacionales, psicológicos y sociales.

En este sentido, en algunos trabajos se comentaba que la Rehabilitación debía incluso comenzar en el quirófano en el caso de traumatismos, para así evitar las posiciones viciosas articulares, que podían comprometer la estática y la dinámica articular futura, así como evitar retracciones de estructuras musculoligamentosas (28).

A pesar de considerar que la Rehabilitación debía comenzar inmediatamente tras el accidente o la lesión y debía continuar hasta llegar al más alto grado de recuperación funcional, se distinguían en la práctica distintas fases. Alzamora describía tres **etapas** en el proceso de la Rehabilitación: hospitalaria, en centros especializados y finalmente la fase de adaptación o readaptación profesional (26).

<sup>26</sup> Alzamora Albéniz A. Aspectos médicos de la Rehabilitación. *Anales de la Medicina* 1965; suplemento 1º: 40-50

<sup>27</sup> Alzamora Albéniz A. Op. Cit., p.49.

<sup>28</sup> Anónimo. Terapéutica y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 61.

Sólo una parte de los enfermos llegaban a requerir asistencia en la segunda fase y una minoría en la tercera.

Para Alzamora, la *fase hospitalaria* era eminentemente curativa, aunque los pacientes podían evolucionar hacia la cronicidad o hacia la aparición de secuelas. Era necesario evaluar no sólo la lesión focal, sino también las alteraciones fisiopatológicas derivadas de la propia lesión, del reposo y del impacto psicológico que se producía. Esto imponía la realización de una historia laboral, familiar, psicosocial, junto a la historia clínica clásica. En esta fase, era el médico especialista el que debía de coordinar el equipo de profesionales que trabajaba con el paciente, como veremos más adelante. Alzamora consideraba que un buen tratamiento de rehabilitación en esta fase simplificaba y favorecía extraordinariamente las etapas siguientes de la Rehabilitación.

En la *fase de Rehabilitación en centros especializados*, se debía actuar si quedaban secuelas sobre la región donde se asentó la lesión, pero también se debían de incrementar las aptitudes necesarias para que el paciente desarrollara su trabajo. A veces para conseguir este objetivo se precisaban prótesis u otros aparatos ortopédicos, la intervención de cirujanos u otros especialistas, la cibernética, etc.

Finalmente, en la *fase de adaptación y readaptación profesional*, el individuo consolidaba su aptitud concreta obteniendo una capacitación que le permitiría reintegrarse a la vida activa con plena dignidad. Ya veremos en capítulos siguientes cómo se planificaba y se llevaba a cabo esta última fase de la Rehabilitación laboral o profesional.

Como hemos expuesto anteriormente, la rehabilitación no se consideraba sólo la utilización de masajes, poleas, piscinas, prótesis, etc., en la recuperación de los pacientes sino que a la vez que era una readaptación física, también lo era social, mental, económica, vocacional y con repercusión familiar. Se consideraba que la salud abarcaba no sólo aspectos físicos sino también mentales y sociales, por lo que los remedios terapéuticos debían de cubrir todas estas orientaciones. También es muy importante destacar que se reafirmaba la diferencia entre el médico “rehabilitante” que efectuaba diagnósticos y prescribía tratamientos, del terapeuta

que aplicaba los tratamientos, considerándose dos profesiones distintas pero complementarias y con la finalidad convergente de superar la invalidez. A pesar de estas consideraciones expuestas por parte de este colectivo médico, las autoridades gubernamentales daban escasos pasos como iremos desarrollando en los capítulos siguientes, para alcanzar esta meta especialmente en el de lucha contra la invalidez.

### **2.2.2. Su relación con otras especialidades**

Como consecuencia de la inmadurez conceptual de una especialidad que nacía, la Rehabilitación no fue claramente diferenciada de otras especialidades afines, presentándose dificultades a la hora de establecer los límites entre cada una de ellas. Este era un problema no sólo fuera del colectivo sanitario, sino incluso dentro del colectivo médico (29).

Como veremos a continuación, la Rehabilitación se intentó amalgamar con la Traumatología y la Cirugía ortopédica, y a la Medicina Física. Hasta donde sabemos, se trató de una situación que se produjo casi exclusivamente en algunos países de Europa, mientras que otros no se dio o se superó fácilmente (29).

#### **Rehabilitación y Traumatología y Cirugía Ortopédica:**

En España se comenzó haciendo Cinesiterapia y no Rehabilitación, y además una cinesiterapia gimnástica muy alejada de la actual (29). Como consecuencia de las legiones de inválidos provenientes de las guerras, epidemias y accidentes laborales fundamentalmente, la idea de la reeducación de la función fue introduciéndose también entre el colectivo de cirujanos ortopédicos que trataban a estos inválidos (30).

En un primer momento, numerosos traumatólogos interesados en este campo entraron a formar parte de la recién nacida Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional, constituida en 1954 y que agrupaba a los médicos dedicados a la reeducación del inválido. Pero desde el primer momento esta

<sup>29</sup> Hernández Gómez R. Rehabilitación y Traumatología. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 50-61.

<sup>30</sup> Climent JM. El interés de los cirujanos ortopédicos por la reeducación. En: Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

sociedad tuvo la preocupación por conseguir que se reconociera oficialmente la especialidad, por lo que posteriormente algunos traumatólogos se retiraron de la sociedad. Para apoyar y manifestar esta postura contraria a la del colectivo de rehabilitadores editaron un anexo a la revista oficial de la Sociedad de traumatólogos. Esta revista se denominó *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor* que estaba editada por el colectivo de traumatólogos que opinaban que la Rehabilitación debía ir unida indisolublemente a su especialidad. Así, el consejo de redacción de esta revista exponía en el editorial de su primer número editado que “la Rehabilitación debe de estar dirigida siempre por el cirujano ortopédico que pondrá en marcha el conjunto de medidas de orden técnico, psicológico y aún social, que constituyen la verdadera Rehabilitación” (31). Pero esta revista no vio la luz más que cinco años, de 1961 a 1966.

Esta posición de los traumatólogos tenía que ver con que los años cincuenta y sesenta, se comenzaron a introducir nuevas técnicas quirúrgicas reconstructivas, reeducadoras y rehabilitadoras, apareciendo lo que Hernández ha llamado la *Cirugía de la Rehabilitación*. Se superaba así un periodo en el que la cirugía extraía los órganos enfermos, dejando al paciente con la carencia de los mismos y con graves deficiencias funcionales. En esta época, se intentaba por todos los medios una cirugía más “conservadora” dirigida a restaurar las funciones dañadas o perdidas, con una cirugía menos agresiva, más dirigida a la función que a la restauración anatómica. En este contexto las técnicas gimnásticas y electroterápicas tuvieron especial eficiencia clínica y se contemplaban como una continuación del tratamiento quirúrgico. De esta forma, los traumatólogos incorporaron estas técnicas reeducativas como una continuación natural del tratamiento quirúrgico, constituyendo para ellos una unidad terapéutica.

En un principio se unió la rehabilitación a la traumatología porque se comenzó usando alguna técnica de Rehabilitación en este grupo de enfermos operados por estos cirujanos. El colectivo de traumatólogos pensaba que la Rehabilitación iba solamente destinada a pacientes del aparato locomotor para restaurar la función. Dejaron en segundo plano los resultados sociales y profesionales

---

<sup>31</sup> Editorial. *Rev esp de Rehabilitación del aparato locomotor* 1961; 1:1.



de la Rehabilitación, así como el colectivo de pacientes no traumatológicos. Se llegó a decir que “la Traumatología era la abuela, la Cirugía Ortopédica la madre y la Rehabilitación la hija” (32).

Para Hernández Gómez, médico dedicado a la Rehabilitación, los propios médicos rehabilitadores tuvieron la culpa porque no supieron imponerse al principio y además, no supieron hacer una propaganda adecuada y efectiva de la doctrina rehabilitadora, centrándose más en resultados funcionales que en los sociales y laborales (29). Hecho que nos parece que se puede extrapolar en muchos casos a la situación actual. Los rehabilitadores nos centramos en nuestra práctica médica y nos olvidamos, a menudo, o descuidamos la defensa de nuestra especialidad y nuestros intereses, entre el colectivo de médicos y otras profesiones paramédicas.

A la hora de establecer las diferencias entre la actividad de los rehabilitadores y de los traumatólogos, se cuestionaba la capacidad de éstos para dirigir un tratamiento. Hernández también argumentaba que era muy fácil para cualquier médico, de la especialidad que fuera, decir que dirigía un tratamiento, cuando en realidad era una técnica que además realizaba un fisioterapeuta, y de la que el médico prescriptor no rehabilitador tenía frecuentemente escasos conocimientos (29).

Los traumatólogos se interesaron escasamente por la Medicina Física, excepto algunos casos, centrándose en las técnicas quirúrgicas (30). Además podía parecer que la Rehabilitación era una especialidad muy sencilla que se reducía a técnicas muy simples. Pero hoy estamos de acuerdo en que los medios auxiliares de la Rehabilitación como la fisioterapia, Medicina Física, técnica protésica ortopédica, logoterapia, terapia ocupacional, reentrenamiento laboral, asistencia social, vocacional o laboral, precisaban un amplio bagaje de conocimientos. Era necesario en cada técnica, conocer sus bases fisiopatogénicas, indicaciones, peligros, precauciones y contraindicaciones, y realizar valoraciones y evaluaciones periódicas del paciente para ir modificando el tratamiento si era preciso. No era suficiente con conocer sólo el nombre de la técnica, reservando su aplicación y a veces las modificaciones del tratamiento al terapeuta. Se hacía necesario tener unos profundos conocimientos a cerca de la misma.

---

<sup>32</sup> Hernández Gómez R.. Op. Cit., p. 51.

Por otro lado, no debemos de olvidar que la Rehabilitación no tenía exclusivamente un apartado de recuperación física, sino también una parte muy importante de readaptación social y laboral del paciente. Porque como hemos dicho en repetidas ocasiones, la Rehabilitación no estudiaba una articulación, músculo o función lesionada, sino que trataba al hombre discapacitado.

Esta situación planteaba conflictos importantes entre el colectivo de rehabilitadores y traumatólogos, porque se éstos se oponían a considerar al rehabilitador como un especialista, pretendiendo amalgamar la Rehabilitación dentro de la Traumatología (33).

Para algunos traumatólogos el médico rehabilitador no debía existir porque “a veces es un cultivador limitado del aparato locomotor y descuida otros aspectos de la Rehabilitación que debería abarcar si su formación fuera tan enciclopédica” (34). Se negaba así la posibilidad de una sola especialidad reuniera todos los conocimientos de la disciplina. Para Vaquero, el traumatólogo no debía abandonar al paciente cuando consolidara la fractura, ni dejarlo en manos del rehabilitador, sino que debía seguirlo hasta el final. En el mismo artículo donde exponía esta idea, admitía después la figura del médico dedicado a la Rehabilitación pero con amplia base de cirugía osteoarticular. Es decir, este médico sería un traumatólogo supraspecializado.

En esta misma línea, Bernáldez Sarmiento expresaba que se podían distinguir tres tipos de Rehabilitación: vital, anatómica y funcional, según el orden cronológico en que debían practicarse, aunque las dos últimas podían superponerse en el tiempo (35).

Para Bernáldez Sarmiento, existían muchos servicios de Rehabilitación que funcionaban con autonomía e independencia. A su juicio, este hecho ocasionaba una pérdida de coordinación de la actividad médica, con perjuicio para el enfermo y la eficacia del tratamiento ortopédico. Este era uno de los principales argumentos que esgrimían los traumatólogos en contra de la Rehabilitación como especialidad

---

<sup>33</sup> Vaquero Hernández F. La Rehabilitación de los fracturados. *Rev Esp de Rehabilitación del aparato locomotor* 1962; II: 108-117.

<sup>34</sup> Vaquero Hernández F. Op. Cit., p.109.

independiente. Para ellos, esto constituía una dispersión en la acción médica, pero no tenían en cuenta la dificultad en conocer ámbitos tan distintos aunque complementarios de la Medicina. Y de hecho en la literatura de la época se deslizaban errores conceptuales por algunos traumatólogos con respecto a la Rehabilitación o las técnicas que utilizaba, confundiendo algunas veces la fisioterapia con la Rehabilitación.

La “*Rehabilitación anatómica*”, para Bernáldez, era la razón de ser de la Cirugía Traumatológica y Ortopédica. El cirujano ortopeda practicaba una correcta Rehabilitación anatómica cuando establecía una adecuada indicación quirúrgica, usaba una impecable técnica quirúrgica, vigilaba estrechamente los vendajes y la práctica de un plan rehabilitador funcional adecuado.

La “*Rehabilitación funcional*”, según Bernáldez, se debía de llevar a cabo por 3 medios: ejercicios, fisioterapia y juegos o terapia ocupacional. El hecho de separar los ejercicios de la fisioterapia, parece indicar que este autor desconocía que el ejercicio se incluía dentro de la fisioterapia, porque el movimiento es un agente físico. De los ejercicios y fisioterapia, decía que eran los mejores para el periodo de hospitalización porque el paciente los realizaba en su cama. Respecto del tercer medio, lo denomina terapia ocupacional o juegos, y hay que destacar que esta terapéutica no incluye exclusivamente juegos dentro de su arsenal, y según Bernáldez se reservaba para cuando el paciente podía abandonar el lecho o se realizaba el tratamiento de forma ambulatoria. La terapia ocupacional tenía también un papel muy importante durante el encamamiento del enfermo. A la vista de lo anterior, este autor estaba hablando de unas técnicas sobre las que tenía profundas lagunas, en relación a la bibliografía existente en esa época.

Los objetivos del tratamiento rehabilitador, según Bernáldez, eran primero iniciar precozmente la función tras la intervención reparadora y perfeccionarla hasta el máximo posible. El segundo objetivo era evitar que el accidente o la intervención no fuera motivo para interrumpir la función de la articulación o extremidad. Y el

---

<sup>35</sup> Bernáldez Sarmiento P. La Rehabilitación en el hospital. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 73-84.

último objetivo era prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilización como las rigideces, las anquilosis, las actitudes viciosas o los problemas cardiopulmonares, entre otras.

Este mismo autor, comentaba más tarde en el mismo artículo que “la fisioterapia y mecanoterapia son otros medios de Rehabilitación dignos de tener en cuenta en el hospital” (36). Al mencionarlos de esta forma, estaba confundiendo una técnica, la mecanoterapia, que se podía utilizar dentro del arsenal terapéutico del tratamiento fisioterápico, con el todo de la fisioterapia. Afortunadamente podemos señalar que al menos conocía que la fisioterapia era una parte dentro del tratamiento rehabilitador del paciente inválido y no una disciplina médica. También comentaba Bernáldez, la necesidad de agrupar a los pacientes por afecciones y la necesidad de divisiones por conocimientos: Ya que según sus palabras “el plan funcional para la Rehabilitación de un parálítico cerebral espástico era muy distinto que el de un fracturado de miembros o un reumático crónico”. Si los tratamientos eran distintos, por pertenecer uno al ámbito traumatológico y el otro al neurológico, cabría preguntarle si también lo trataría el traumatólogo u otro médico distinto. Parece cómo si estuviera hablando de la necesidad de supraespecialización dentro de la Traumatología.

En el mismo artículo, Bernáldez exponía que la misión del rehabilitador en el hospital era amplísima y llena de responsabilidades, técnicas, morales y funcionales. “Una gran parte de ellas recae sobre el cirujano al que le compete la delicada misión de la recuperación anatómica” (36). Más adelante comentaba que la importancia del plan de Rehabilitación postoperatoria rebasaba a la técnica operatoria. Decía que el programa de Rehabilitación debía de ser dosificado e indicado por el rehabilitador, y para obtener el éxito era necesario una verdadera especialización de este médico.

Entonces, a la vista de esta información, cabría preguntarnos si el médico encargado de la Rehabilitación debía ser un traumatólogo dedicado exclusivamente a la Rehabilitación o un médico especializado en Rehabilitación sin necesidad de que fuera traumatólogo. En el trabajo de Bernáldez no quedaba suficientemente claro el análisis de este problema. Este autor acababa su artículo diciendo que “siente la

---

<sup>36</sup> Bernáldez Sarmiento P. Op. Cit., p. 81.

nostalgia de que en esta materia puede hacerse mucho más. Por humanidad y justicia social debe exigirse mucho más. En la era actual de progreso, hay que caminar con el progreso, no hay que quedar rezagados y mucho menos en esta materia” (37).

Como hemos visto la Rehabilitación y la Traumatología y Cirugía Ortopédica, en este momento histórico estaban en una profunda discordia, y para Orozco Delclós era consecuencia de un desconocimiento parcial y desconfianza respecto de la especialidad contraria (7). En muchas ocasiones, tras una técnica quirúrgica brillante, los resultados obtenidos no eran funcionales para el paciente. Por ejemplo tras una intervención quirúrgica en la articulación de la rodilla, el paciente podía quedar sin flexión de la rodilla operada, convirtiéndose por lo tanto en una articulación no funcional. Y además, toda la cirugía era traumática por definición, lo que ya exigía una recuperación tras la intervención. Por tanto, el objetivo de la cirugía sería conseguir en la mayor medida posible, la restitución anatómica y lo más posible la fisiológica, para poder colocar al enfermo en las condiciones más favorables para su recuperación, y acortar así al mínimo los periodos de recuperación.

El colectivo de traumatólogos quería reservarse esta nueva asistencia especializada hacia los inválidos. Exponían que por un lado la Rehabilitación había de estar bajo la supervisión de la Traumatología y Ortopedia, y de otro lado debía de estar dirigida por un médico con amplios contenidos en Rehabilitación (31). Sin embargo, a pesar de esta duplicidad de posturas se estaba asistiendo a la ruptura de una situación que había durado más de seis décadas. Como veremos, el impulso internacional en el ámbito de la invalidez, propiciaron la creación de la especialidad en el año 1969 (30). A partir de este momento surgiría con fuerza una fase expansiva de la especialidad, con creciente aumento de profesionales, actividad asistencial, científica y docente.

Ala vista de lo anterior se podía considerar que el hecho de que en sus orígenes la Rehabilitación comenzara ocupándose del campo del aparato locomotor por ser el grupo más numeroso, pudo justificar el afán de los traumatólogos de

---

<sup>37</sup> Bernáldez Sarmiento P. Op. Cit., p. 84.

considerar la Rehabilitación como parte de su asistencia médica (38). No obstante como hemos comentado, Piédrola señalaba el hecho de que existía otro tipo de pacientes que hacía necesaria la intervención de los médicos rehabilitadores, y esto iba a suponer que los cirujanos ortopedas y traumatólogos vieran fuera de su ámbito habitual de actuación determinados procesos morbosos. Porque junto al grupo de pacientes con lesiones del aparato locomotor, no podemos olvidar las enfermedades congénitas o perinatales que proporcionaban pacientes desde el nacimiento. Y además los reumáticos, parapléjicos, poliomielíticos, paralíticos cerebrales y otras anomalías congénitas. Posteriormente, se ampliaba hacia los problemas cardiológicos y respiratorios, ya fueran de orden congénito o desarrollados en el curso de la vida. Ulteriormente, se ocuparía de cuestiones sensoriales de tipo audiológico o visual o de las incapacidades fonéticas por mutilaciones o afecciones laríngeas. Como podemos ver, muchas de estas patologías se escapaban claramente del ámbito de la Traumatología y la Ortopedia.

La **Medicina Física** también había sido amalgamada con la Rehabilitación incluso dentro del colectivo de médicos rehabilitadores. Así, se decía por alguno de ellos que era redundante denominar a la Rehabilitación como Rehabilitación y Medicina Física (39). A su juicio, se estaba confundiendo una parte de la especialidad con el todo. Angulo Pinto establecía la diferencia muy acertadamente. La Medicina Física era una rama de la Medicina que buscaba el alivio de los enfermos y la recuperación de sus *limitaciones e incapacidades físicas*. Para ello utilizaba la mecanoterapia y electroterapia fundamentalmente (30). Sin embargo, la Rehabilitación exigía la atención conjunta en lo físico, lo psicológico y lo socioeconómico.

En este sentido, Angulo Pinto señalaba que la Rehabilitación se ocupaba de los incapacitados físicos, que también sufrían afectación psicológica y socioeconómica, y que denominaba como inválidos. La Medicina Física la definía como la especialidad médica que utilizaba los agentes y métodos físicos para el

---

<sup>38</sup> Piédrola Gil. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LVXXXVII: 49-52.

<sup>39</sup> Angulo Pinto P. La Medicina Física en Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 15-18.

diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades. Sin embargo, la Rehabilitación conformaba

“El conjunto de procedimientos tendientes a conseguir en los inválidos mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y económico, que les permita ser útiles para sí mismos y para su colectividad, a pesar de sus incapacidades, que son definitivas y aprovechando sus capacidades o aptitudes residuales” (40).

Por lo tanto, a la vista de estas definiciones, Angulo Pinto concluía que la Medicina Física constituía una parte dentro del ámbito de la Rehabilitación.

En Europa, esta separación entre la Medicina Física y la Rehabilitación también permanecía. Desde el inicio de la década de los cincuenta, existía la Federación Internacional de Medicina Física (41). En una encuesta realizada en 1956 a 20 países, dicha Federación demostró que en la mayor parte de ellos la Medicina Física estaba vinculada a la Rehabilitación, pero en otros como en España estaba combinada también con otras especialidades como la neurología, particularmente con referencia a las secuelas de poliomielitis. El contenido de esta disciplina, considerada en algunos países como especialidad, tenía como punto fijo para la Federación Internacional de Medicina Física, las enfermedades del sistema locomotor, su profilaxis, tratamiento agudo y rehabilitación. También planteaba que los especialistas médicos que tenían más conocimientos sobre la rehabilitación eran los especialistas de Medicina Física. En este estudio llegaron a la conclusión de que la Medicina Física era reconocida como una especialidad independiente por el servicio de Sanidad o por las autoridades médicas, en la mayor parte de los países integrantes. Para la Federación Internacional de Medicina Física, “la rehabilitación pertenece a nuestra especialidad en sumo grado” (42).

Como hemos visto en los párrafos anteriores, en torno a este problema existían en Europa dos posturas claramente diferenciadas. De un lado la Medicina Física como especialidad que englobaba a la Rehabilitación, posición que según la encuesta se daba en la mayor parte de los países. Mientras que en otros, como en el

---

<sup>40</sup> Angulo Pinto P. Op. Cit., p. 16.

<sup>41</sup> Stranberg B, Jespersen K, Sury B. Educación y enseñanza del personal médico y no médico en Medicina Física y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 55-74.

<sup>42</sup> Stranberg B, Jespersen K, Sury B. Op. Cit., p 71.

caso de España, la Medicina Física se vinculaba a distintas especialidades, lo que indica que más bien era un conjunto de técnicas y agentes terapéuticos al servicio de distintas disciplinas. Por este motivo, para los médicos que se dedicaron al cuidado de los inválidos la Medicina Física estaba incluida dentro de la Rehabilitación.

En el ámbito universitario, la Rehabilitación estaba ligada a la **Radiología**, ambas a su vez englobadas en la Terapéutica Física, y a menudo también existía confusión entre ambas (14). La Terapéutica Física era el término con el que se designaba en España, desde la reforma universitaria de los años 39 y 40, las especialidades relacionadas con el Radiodiagnóstico, Radioterapia y similares, donde se incluían las técnicas pertenecientes a la Rehabilitación como las hidroterápicas, las electroterápicas y las gimnásticas entre otras. E incluso todavía en 1967, en el decreto de ordenación de Departamentos en la Facultad de Medicina, se exponía la creación de un *Departamento de Radiología y Fisioterapia* que agruparía a la “Radioterapia, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Hidroterapia, Climatoterapia, Rehabilitación y otras disciplinas afines” (43). Como vemos “se confundía” la fisioterapia, especialidad auxiliar no médica de la Rehabilitación que veremos con mayor profundidad posteriormente, con la totalidad de la Medicina Física. Más adelante se expondrá en el apartado de formación de los especialistas de Rehabilitación, con mayor detalle, las relaciones que existían entre la Rehabilitación y la Radiología. No obstante, es imprescindible señalar que en España todavía hoy, la especialidad de Rehabilitación y Medicina Física está anexionada desde la perspectiva docente, a la Radiología formando el área de conocimiento de “Radiología y Medicina Física”.

Todavía en 1967, dos años antes de conseguir el reconocimiento oficial de la especialidad, algunos médicos dedicados exclusivamente al ámbito de la Rehabilitación, como Hernández Gómez, denunciaban en repetidas ocasiones el “derecho de propiedad” que creían tener otras especialidades como la Radiología y la Traumatología, sobre la Rehabilitación (14). A pesar de que cada vez se hacía mayor hincapié, y resultaba más evidente, la necesidad de distinguir y separar a la Rehabilitación de otras especialidades afines.

<sup>43</sup> Decreto 1 junio 1967 núm. 1243/67 (Mº. Educ. y Ciencia). *FACULTAD DE MEDICINA. Ordenación en Departamentos*. B. O. Estado 19 junio 1967 (núm. 145).



Aunque la **Fisioterapia** no era una especialidad médica, la Rehabilitación y la Fisioterapia han tenido y tienen relaciones muy íntimas que es preciso señalar y que a menudo han sido objeto de discordia. Como todavía en 1969 decía Orozco, en nuestro país existía la tremenda equivocación de confundir el todo (la Rehabilitación), con una de sus partes (la Fisioterapia), y esto había sido fuente de situaciones anómalas (44). La Fisioterapia etimológicamente deriva de *physis*, naturaleza, y *therapeia* como cuidados o tratamiento. Así pues, la Fisioterapia sería el tratamiento por medios naturales o físicos, pero tratar o aplicar los medios terapéuticos al paciente, no era sinónimo de diagnosticar ni prescribir tratamientos. Es decir, la Rehabilitación se encargaba de realizar diagnósticos y de prescribir tratamientos, mientras que la Fisioterapia se encargaría sólo de la aplicación técnica de estos tratamientos.

Otros autores exponían que se barajaba también el concepto de fisiatría para referirse a la Rehabilitación. Etimológicamente fisiatría significaba *physis* como naturaleza e *iatria* como curación, es decir, sería la curación por medios naturales. Pero aplicar los cuidados no era lo mismo que prescribir los medios de curación. Volvíamos a distinguir en la etimología la diferencia entre Rehabilitación y Fisioterapia, la primera se encargaba de diagnosticar y prescribir los agentes físicos, y la segunda tenía el cometido de aplicarlos sobre el paciente. Pero esto era una visión demasiado simplista de la Rehabilitación, porque de acuerdo con Orozco, podemos afirmar que la Rehabilitación médica no se reducía a esto porque era considerada como la aplicación de todas las ciencias médicas al servicio del discapacitado (44).

Climent consideraba que probablemente una de las fuentes de origen de esta confusión entre fisioterapeutas y médicos rehabilitadores, fue que en un principio la palabra fisioterapia se utilizó para aglutinar las actividades asistenciales, docentes e investigadoras de la física terapéutica, aunando las vertientes radiológicas, electrológicas, gimnásticas, hidrológicas y fototerápicas entre otras (30). Posteriormente, al disgregarse en ramas distintas el concepto dejó de utilizarse, y con la aparición de un nuevo colectivo de técnicos cuya tarea era la aplicación de medios

---

<sup>44</sup> Orozco Acuaviva. La especialidad de Rehabilitación. *Rehabilitación* 1969; 3: 479-486.

físicos al paciente, incorporaron el nombre de fisioterapia para su actividad y la nueva utilización del vocablo generó errores con el anterior concepto del mismo.

Hemos visto cómo un colectivo de médicos en España estaba planteando la necesidad del reconocimiento oficial de una nueva especialidad médica llamada Rehabilitación. Se establecían sus contenidos y los motivos que justificaban su oficialidad. Sin embargo, en la mayor parte de los países europeos ya existía una especialidad llamada Medicina Física que estaba unida a la Rehabilitación, o bien, ésta era llevada a cabo por otros especialistas como reumatólogos o neurólogos.

Conviene recordar que cuando en España todavía se estaba desarrollando este debate que hemos comentado antes en torno a la Rehabilitación y Medicina Física, en EEUU la situación era bien distinta. Desde 1947 se había conseguido la oficialidad de una especialidad médica denominada Rehabilitación y Medicina Física, y existían numerosos hospitales dedicados a esta actividad (47). Alcanzar esta situación se convirtió en el objetivo a conseguir en la mayor parte de los países, entre ellos España.

### **2.2.3. La rehabilitación en el ámbito internacional**

En el caso de EEUU, la Rehabilitación estaba consolidada y reconocida como especialidad veinte años antes de que se consiguiera en España. Sus contenidos eran los propios de la Rehabilitación y los de la Medicina Física. En Europa, la Medicina Física también se estaba constituyendo como especialidad con contenidos propios, pero casi siempre diferenciada de la Rehabilitación.

En EEUU desde los años treinta y cuarenta, la Radiología se desprendió definitivamente de la Física Terapéutica, y los médicos que se dedicaban a la electricidad y mecanoterapia acuñaron el término de Medicina Física para definir su actividad (30). En 1944, crearon la Sociedad Americana de Medicina Física y el Congreso Americano de Medicina Física (2).

Tras las dos Guerras Mundiales y como consecuencia, entre otros motivos, de la necesidad de recuperar a los miles de soldados heridos, se creó un núcleo de especialización en Rehabilitación muy importante que, finalmente, consiguió en

1947 el reconocimiento oficial de la especialidad por la Asociación Médica Americana (9). Así, la Medicina Física y de Rehabilitación, se admitía como especialidad médica en Estados Unidos el 3 de junio de 1947 (American Board of Physical Medicine & Rehabilitation) (10). Hay que señalar que en un primer momento esta nueva especialidad se llamó *Medicina Física*, para después transformarse definitivamente en *Medicina Física y Rehabilitación*. Surgía así la rehabilitación de los enfermos incapacitados, la cuarta fase de la Medicina.

También resulta interesante destacar la celebración en 1949, en Méjico, de la *Primera Conferencia Internacional para Rehabilitación de Discapacitados* (45). Hay que resaltar en primer lugar la terminología tan avanzada que utilizaba y además, es imprescindible conocer algunas de las conclusiones a las que se llegaba en dicha Conferencia, porque constituían ideas claves en la concepción de la Rehabilitación, y todavía hoy, más de medio siglo después, resultan plenamente actuales.

En primer lugar, se destacaba ya explícitamente la idea de que todo discapacitado gozaba del derecho a su Rehabilitación, aunque tenemos que señalar sólo fue un año antes cuando la ONU también lo proclamaba en su Declaración Universal de los Derechos Humanos (46). Se consideraba que el Estado tenía el deber de proteger al discapacitado sin distinción de edad, sexo, raza, color o afiliación política. Se debían de instalar y desarrollar centros de asistencia especializada en Rehabilitación y readaptación física. Se juzgaba prioritario la organización de campañas de propaganda y educación del pueblo, para la prevención de los accidentes y de las enfermedades que pudieran producir secundariamente discapacidad. Y por último señalar, que consideraban que debía ser obligatoria la declaración de discapacidad.

En Europa, a principios de siglo la Física Terapéutica se agrupó bajo el nombre de Fisioterapia, pero posteriormente surgía la segregación entre los profesionales que utilizaban las radiaciones ionizantes y las no ionizantes.

Así, entre los médicos que usaban con fines terapéuticos y diagnósticos las radiaciones no ionizantes, surgió en 1952 en Londres, la *International Federation of Physical Medicine*, que celebró congresos cuatrienales (47). Como ya hemos visto

<sup>45</sup> Cit. Gimeno Lázaro R. Aspectos sociológicos de la Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967; 1: 95.

<sup>46</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores. ODA, *Los derechos Humanos*, Madrid: 1977, 41-44.

antes, para esta Federación la Rehabilitación era considerada como una parte respecto a la Medicina Física, considerándose ésta como una especialidad médica. En algunos países se realizaba de forma conjunta, pero en otros la Rehabilitación se asociaba a otras especialidades como la Reumatología o la Neurología.

No obstante, esta Federación proponía que los conocimientos del médico especialista en Medicina Física eran los más aproximados a los necesarios para poner en práctica la Rehabilitación. Por este motivo, es importante señalar que finalmente en 1972 cambió su nombre por el de *International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation*, porque como Climent señala, no parecía lógico que una de las partes de la Rehabilitación como es la Medicina Física fuese aglutinada por ésta, aunque sólo fuera en el nombre (47).

Sin embargo en EEUU la situación era otra bien distinta a la de Europa, como ya hemos señalado antes. En 1954, la revista *J.A.M.A* publicaba que en la mayor parte de las Facultades había departamentos de Medicina Física y Rehabilitación (48). También señalaba que se estaban produciendo numerosos progresos en este campo, relacionados especialmente con el tratamiento de enfermedades crónicas y subagudas, sobre todo en el caso de las reumáticas y de la poliomielitis. También insistían en el desarrollo en la terapia ocupacional de estas enfermedades, ya que se sabía que la inactividad podía ocasionar trastornos e incapacidades más graves que la enfermedad original. Por este motivo era necesario fomentar la actividad en el paciente aunque sólo fuera con actividades recreacionales o de ocio.

La Organización de las Naciones Unidas, surgida tras la segunda Guerra Mundial, coadyuvaba al estudio de la legislación, administración y aspectos sociales de la Rehabilitación (49). Sus actividades en el campo de la Rehabilitación iban dirigidas a elaborar informes sobre el número de inválidos de una región o país determinado y plantear el programa de Rehabilitación que se debía de realizar según las necesidades y tipos de inválidos predominantes. También era la encargada de crear Centros pilotos de experimentación, enseñanza y tratamiento, sobre todo en los

---

<sup>47</sup> Climent JM. La organización internacional de la Rehabilitación. En: Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

<sup>48</sup> Progresos en Medicina Física y Rehabilitación. Solomon VH. *J.A.M.A.* 1954; 156: 753. Citado en *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 87.

países donde los servicios de Rehabilitación estaban en fase de desarrollo, proporcionándoles a veces material cuando no tenían medios propios para obtenerlo. Las Naciones Unidas también concedían becas de estudio para formación del personal de Rehabilitación, y organizaban seminarios y grupos de estudio y conferencias, en el ámbito internacional, sobre problemas concretos y avances recientes de la especialidad. A veces

La OMS se constituyó como un organismo especializado dentro de las Naciones Unidas en el tema de la salud, según Nebreda (50). Centraba una parte importante de sus actividades en la prevención de enfermedades y accidentes que podían ocasionar incapacidades físicas. Los problemas más urgentes en esta época eran las enfermedades contagiosas, con la poliomielitis a la cabeza. La OMS estaba colaborando con muchos gobiernos en los planes de Rehabilitación, enviando médicos especialistas que estudiaban los programas a seguir, y estaba desarrollando las técnicas modernas de fisioterapia y cirugía ortopédica. También organizaba cursos, otorgaba becas e incluso en algunos casos, llegaba a suministrar material para la organización de centros (49).

La OMS, publicó en 1958 su primer informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica (24). Se reconocía así internacionalmente la importancia e interés de esta nueva forma de hacer medicina, que se interesaba por un colectivo especial de la población, los inválidos. Para Climent, este informe supuso

“El impulso teórico y político definitivo para la focalización del trabajo sobre el fenómeno de la invalidez más que sobre las técnicas físicas que se usan para su tratamiento. Este punto de inflexión es realmente interesante desde el punto de vista histórico, y representa el paso de un núcleo de especialización predominantemente tecnológico (los instrumentos eléctricos y mecanoterápicos), a un núcleo de focalización sobre una idea, la rehabilitación, que representaba la concentración de la actividad sobre un colectivo de enfermos, los inválidos. Las primeras tentativas, todas ellas fracasadas, de consolidación profesional a través del dominio de dispositivos eléctricos y mecánicos, (...) fueron sustituidas por una focalización sobre una idea abstracta, la de que la enfermedad producía unos efectos restrictivos sobre la vida de las personas, conocidos bajo la denominación de incapacidad: tales efectos requerían una atención facultativa especializada” (47).

<sup>49</sup> Parreño Rodríguez J. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 25-62.

<sup>50</sup> Alvarez Nebreda C. *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis, 1994.

A lo largo de todo el trabajo hemos ido haciendo numerosos comentarios en torno a los contenidos de este informe sobre Rehabilitación de la OMS. Es interesante destacar cuáles eran los problemas que planteaba la OMS como objeto de necesarias investigaciones posteriores en este campo. En primer lugar, se destacaba la necesidad de definir de manera más precisa los términos que se empleaban en el concepto de Rehabilitación: incapacidad o invalidez (*disability*), impedimento (*impairment*) e inválido (*disabled*).

En segundo término, se resaltaba la necesidad de tener estadísticas sobre el número de incapacitados, como vemos era motivo de interés para todos los organismos relacionados con la salud. También consideraba objeto de estudio, examinar los programas de formación de médicos y personal auxiliar en el ámbito de la Rehabilitación. Planteaba la necesidad de una adecuada coordinación entre los servicios de Rehabilitación y los sistemas de la Seguridad Social y pensiones de invalidez, así como la realización de una imprescindible coordinación entre organizaciones internacionales interesadas en el problema de la Rehabilitación.

Otro organismo oficial de gran relevancia era la *Sociedad Internacional para la Rehabilitación del Inválido*, que se fundó en 1922, al que estaban afiliadas organizaciones de sesenta países (49). El fin primordial de esta sociedad era proporcionar información y actualizar los conocimientos de Rehabilitación en todos sus aspectos sociales, médicos, educacionales y vocacionales. Para ello organizaban seminarios mundiales y regionales, así como difundían películas y publicaciones. Además, tenía grupos de trabajo de expertos internacionales sobre programas específicos de la Rehabilitación.

En 1959, la Sociedad Internacional para la Rehabilitación del Inválido fundaba la Comisión Mundial sobre Investigación en Rehabilitación subvencionada por distintos organismos internacionales (51). Los campos de investigación propuestos eran sobre Rehabilitación médica, social, vocacional y educación especializada. Los propósitos de esta comisión eran el estudio del estado actual de la investigación en Rehabilitación en el ámbito mundial, y después, seleccionar

---

aquellos aspectos de los que se carecía de conocimientos adecuados para conseguir que los servicios de Rehabilitación fueran más eficaces; el segundo propósito de esta Comisión Mundial sobre Investigación en Rehabilitación era estimular la investigación en los países con mayores posibilidades tecnológicas y económicas.

Unos años más tarde aparecía el *Fondo Internacional de Socorro para Ayuda a la Infancia* (UNICEF), en el campo de la Rehabilitación. Se ocupaba de fundar Centros pilotos modelos, así como de la dotación de material a los ya existentes para el estudio y desarrollo de programas coordinados nacionales de Rehabilitación de niños físicamente disminuidos (49). La UNICEF no era un organismo especializado de las Naciones Unidas, sino un programa financiado en 1961 por contribuciones voluntarias gubernamentales y privadas de cien países.

Otra organización privada de proyección internacional en el ámbito de la Rehabilitación era el *Comité Internacional de la Cruz Roja*. Asistía fundamentalmente a mutilados de guerra, a los niños con deformidades congénitas, a los adultos y personas de edad avanzada incapacitadas por accidentes y deformidades (49). Entre las actividades de la Cruz Roja destacan las dedicadas a la prevención de la invalidez, a proporcionar tratamiento médico y ortopédico, el suministro de prótesis y aparatos ortopédicos si se necesitaban, y a organizar la Rehabilitación vocacional, así como la terapia recreativa.

En este periodo histórico, en EEUU, la asistencia médica proporcionada a los inválidos se realizaba fundamentalmente por los servicios de Medicina Física y Rehabilitación. El tratamiento se llevaba a cabo por un equipo de profesionales y se insistía en el hecho de que debía ser siempre un médico el que dirigiera estos servicios. Este equipo multidisciplinar estaba formado por la enfermera de rehabilitación, el asistente social y los terapeutas físicos y ocupacionales, entre otros (52). En este país la especialidad era aceptada sin reservas, y “ se la considera como una parte esencial de la medicina moderna en el tratamiento total y efectivo, y el

---

<sup>51</sup> Noticiario: la Comisión Mundial sobre investigación en Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 88-99.

<sup>52</sup> Knudson A. Dirección de una reeducación eficaz de los inválidos graves, de los enfermos crónicos y de los veteranos para su integración a la sociedad. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; V: 71-85.

restablecimiento del enfermo y de los pacientes inválidos” (53). Además, a consecuencia del envejecimiento de la población aumentaba el número de inválidos crónicos y por otro lado la idea de que el cuidado médico no podía considerarse completo hasta que no se hubiera enseñado al paciente a vivir con las capacidades residuales que le quedaran., fomentaba el rápido crecimiento de esta especialidad acompañándose de un impulso en la investigación y la formación de estos especialistas.

Otro acontecimiento reseñable fue en 1962, la constitución la *Conferencia de Organizaciones Mundiales Interesadas en el Incapacitado* (COMII) formada por un grupo de 27 agencias no gubernamentales interesadas en trabajar para el lisiado (54). En 1968 surge la *International Rehabilitation Medical Association (IRMA)* (47), ambas asociaciones nos dan muestra una vez más de peso internacional que iba adquiriendo la Rehabilitación, y cómo sus especialistas aunaban intereses y esfuerzos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que la nueva actividad especializada dedicada a los inválidos iba adquiriendo cada vez más relevancia dentro del contexto de la asistencia médica.

Ya en 1957, la OMS dio un impulso importante para que se desarrollara la actividad rehabilitadora. En su primer informe sobre Rehabilitación Médica hablaba de cuatro fases de la Medicina: la primera encargada de la promoción de sanidad, la segunda de la prevención de la enfermedad y la tercera cuando se establecía un tratamiento médico o quirúrgico. La última fase se desarrollaría cuando la segunda fase no hubiera dado los resultados esperados y el paciente quedaba con secuelas, entrando así en acción la tercera fase de la Medicina: la Rehabilitación (24).

Para la OMS, la Rehabilitación médica estaba dedicada a restaurar al individuo a la mejor condición física posible, de acuerdo con su incapacidad residual. Además consideraba que la Rehabilitación no se podía concebir aislada de las demás medidas médicas y sanitarias, como el último escalón, sino que frecuentemente actuaba interaccionando con la promoción de la salud y la prevención de la

---

<sup>53</sup> Knudson A. Op. Cit., 81.



enfermedad. De hecho, el programa expuesto por la OMS tenía particular interés en la prevención de enfermedades y otras afecciones que probablemente condujeran a incapacidades que posteriormente requerirían Rehabilitación. Por eso la OMS promovió programas intensivos en la prevención y control de estas enfermedades en cooperación con las autoridades nacionales de sanidad de los países participantes. También colaboró en la prevención de accidentes industriales.

En materia de Rehabilitación, la OMS se interesaba en programar actividades únicamente en el aspecto médico, dejando los otros aspectos de la Rehabilitación como los laborales y sociales, a otras agencias internacionales. Así la OMS promovió el establecimiento de la cirugía ortopédica protésica, medicina física, terapia física, terapia ocupacional y aparatos y prótesis, especialmente en los países en desarrollo. Pero encontraba que el obstáculo más serio era la falta de personal entrenado en estas materias, por lo que ayudaba con becas para cursos especializados e incluso “suministraba” expertos internacionales para establecer y organizar servicios de Rehabilitación en los países que lo solicitaban. Es interesante señalar que surgieron comités de expertos para distintos aspectos de la Rehabilitación, adquiriendo especial importancia los del sistema musculoesquelético y cardiovascular por su gran volumen de pacientes.

Este impulso internacional también se llevó a cabo entre varios países latinoamericanos entre ellos España, fundando la *Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Inválidos* en 1965. Los objetivos de esta asociación se centraron fundamentalmente en aspectos científicos para crear una base de conocimientos y luego poderla transmitir adecuadamente entre los países integrantes (49).

Esta Asociación pretendía dedicar un importante esfuerzo por unificar el desarrollo de la Rehabilitación en los países iberoamericanos, creando un cuerpo de doctrina médica común en este campo. De otro lado pretendía servir de elemento centralizador y difusor de los avances y experiencias médicas rehabilitadoras acaecidas en Iberoamérica. Para ello se encargaría de investigar, promover y asistir al desarrollo de los planes nacionales o regionales de Rehabilitación. También organizaría congresos y reuniones científicas periódicamente, así como facilitaría y

---

<sup>54</sup> Noticiario: las Naciones Unidas en los programas de Rehabilitación Mundiales. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 93-96.

promovería la publicación de libros o revistas científicas en lengua castellana, para contribuir a la difusión de los conocimientos de esta actividad especializada. En el aspecto asistencial, se encargaría de solicitar de las organizaciones internacionales o nacionales la ayuda y asistencia técnica y económica posible para llevar a cabo la Rehabilitación clínica y la promoción social de los inválidos existentes en Iberoamérica.

\*\*\*\*\*

En este capítulo hemos visto cuáles eran los contenidos de la Rehabilitación y cómo se planteaban problemas en los límites con otras especialidades de su ámbito, fundamentalmente con la Traumatología y Cirugía Ortopédica en el plano asistencial y con la Radiología en el ámbito universitario. Desde el ámbito internacional, los organismos oficiales exponían objetivos y proyectos en torno a la Rehabilitación del inválido como muestra de su preocupación e interés sobre el tema. Los médicos españoles también manifestaban sus argumentos sobre la necesidad una actividad médica especializada. En el capítulo siguiente se exponen las reflexiones y consideraciones de este colectivo médico en torno a la necesidad de una nueva especialidad médica.

### **3. ARGUMENTACION MEDICA EN TORNO A LA ESPECIALIZACION EN REHABILITACION**

### 3. ARGUMENTACION MÉDICA SOBRE LA ESPECIALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN

“Desde hace años el mejor conocimiento de las enfermedades, los hallazgos en farmacología, la ampliación el campo de la cirugía, las mejores medidas sanitarias, en conjunto, la mejor terapéutica, ha hecho que se amplíe la meta de curar que, unida a las mejores condiciones de asistencia médica, educación, sociales y de trabajo, hacen que las personas sobrevivan más y más tiempo, con el inconveniente de tenerse que enfrentar a las **secuelas incapacitantes**. De este hecho nace la necesidad de disminuir las **invalidesces**, y con ello la Rehabilitación” (1).

Como veremos en los capítulos siguientes, cada vez se consideraba más necesaria una atención médica especializada a los pacientes con discapacidades. Ya en 1949, se organizaba en el ámbito estatal la Lucha contra la invalidez. De otro lado, en 1954 un grupo de médicos dedicados a atender al paciente inválido constituía la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional*, se daba así un paso más hacia la futura creación de una nueva especialidad. Por otra parte, la OMS en 1958 publicaba el primer informe del Comité de Expertos de Rehabilitación médica en el que se reafirmaba la necesidad de esta nueva fase de la Medicina.

Los argumentos aportados por el Estado español sobre la necesidad de crear la lucha contra la invalidez, así como los propuestos por la OMS respecto a la nueva especialidad, los veremos en capítulos posteriores. En este apartado vamos a exponer las reflexiones que exponían los médicos de esta época con relación a la necesidad de una nueva actividad médica.

La invalidez en su aspecto genérico significaba la incapacidad definitiva para el trabajo como consecuencia de una enfermedad incurable, de un traumatismo, de la vejez o de un defecto congénito (2). Por lo tanto, podía afectar a un colectivo de

---

<sup>1</sup> Molina Ariño A. *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación*. Valladolid: Editora Médica Europea S.A., 1990: p. 14.

<sup>2</sup> García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.

población numéricamente importante. La sociedad tenía hacia ellos la obligación de ayudarles en sus necesidades. Además, la ciencia y la tecnología habían avanzado en los últimos años extraordinariamente, haciendo que sobreviviera un grupo de personas que antes no conseguían salvarse. Pero a cambio, muchas veces tenían que pagar el precio de quedar con secuelas temporales o definitivas. Estas personas ocasionaban a la sociedad y al Estado muchos gastos, que se consideraba que estaban obligados a devolver con su reincorporación al trabajo, tras conseguir obtener su máxima capacidad funcional.

En la consolidación de la Rehabilitación como especialidad, aparte del avance en las técnicas usadas, en el campo de la terapia física, prótesis y ortesis, terapias manuales, etc., también tuvo una contribución muy importante, la evolución de las patologías, que para algunos fue el aspecto que más ha marcado la práctica y organización de los servicios de Rehabilitación (3). En España tuvieron especial importancia la patología traumática laboral, la tuberculosis y la poliomielitis.

En un principio la Rehabilitación surgió para dar asistencia a los trabajadores inválidos. Veremos en los capítulos posteriores el importante papel que tuvo el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos en el desarrollo de la Rehabilitación en España durante los años treinta, cuarenta y cincuenta. La patología que se trataba entonces, era fundamentalmente del aparato locomotor secundaria a los accidentes laborales. Por este motivo en esta época la futura especialidad se identificaba casi exclusivamente con la Rehabilitación del aparato locomotor.

De otro lado, la incidencia de la tuberculosis comenzaba a declinar en esta época, quedando poco a poco vacíos los Sanatorios Marítimos, donde se aplicaban técnicas de fototerapia y se recuperaban las secuelas originadas por la afectación ósea tuberculosa. Este hecho propició que estas instalaciones se pudieran utilizar para tratar otros procesos.

Por último, destacar que la importancia de la poliomielitis fue histórica en el ámbito de la Rehabilitación, no sólo en España sino también en el ámbito mundial, ya que “Determinó los orígenes de la organización inicial de los servicios así como

---

<sup>3</sup> Wirocius JM. Histoire de la rééducation. *Encyl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Rééadaptation*, 26-005-A-10, 1999.

de la construcción de los conocimientos de esta disciplina” (4). La tuberculosis también tuvo anteriormente un papel en el desarrollo de la Rehabilitación pero fue mucho menor, ya que los tratamientos que se aplicaban eran fundamentalmente las técnicas del ámbito de la fototerapia. Posteriormente, el incremento del número de lesionados medulares fue motivo de otro importante avance de la Rehabilitación, tanto en el ámbito científico como en mejora de la supervivencia de estos pacientes. También es necesario destacar, que fue el trabajador inválido el objetivo inicial de esta actividad médica especializada, con la finalidad de su readaptación laboral.

En la bibliografía consultada hemos encontrado motivos culturales, tecnológicos, sociales y económicos expuestos por los profesionales que reclamaban la necesidad de una especialidad médica especializada que tuviera como fin el cuidado de este grupo de población: los inválidos. También se analizará el papel de la aparición de las epidemias de poliomielitis a principios de la década de los años cincuenta, sobre la Rehabilitación.

### **3.1. Argumentos religiosos: el inválido y la caridad**

Durante muchos siglos fueron las órdenes religiosas las encargadas de prestar la asistencia a los inválidos, por su obligación de amor al prójimo (5). Los lisiados, a lo largo de la historia, fueron mirados con una mezcla de lástima y repulsión, y las organizaciones religiosas con espíritu de caridad cristiana se encargaban de recoger y mantener a los inválidos, que imposibilitados para ganar su sustento se dedicaban a la mendicidad.

La primera institución establecida exclusivamente para el cuidado de los lisiados, de los desfavorecidos y de los niños, la fundó Vicente de Paúl en 1617. Creó esta institución para proteger fundamentalmente a los niños inválidos, que eran víctimas frecuentes de la explotación y maltrato, y así obtener limosnas a través de la compasión. Los cuidados que recibían estos tullidos eran por el ejercicio de la caridad, es decir por amor al prójimo, y no iban más allá del cobijo, comida y vestido.

---

<sup>4</sup> Wirotius JM. Op. Cit., p.20.

<sup>5</sup> González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 1-31.

Esta atención caritativa llegó hasta principios del siglo pasado, después estas Ordenes Religiosas siguieron cuidando de los inválidos pero ya incorporando el nuevo concepto de readaptación en las atenciones prestadas. Como prueba de la importancia que tenían las Ordenes Religiosas en este campo de la Medicina, y en nuestro ámbito fue el hecho de que interviniera en la formación del Patronato de Rehabilitación, que se comentará posteriormente, y tuviera un representante en dicho Patronato (5).

En esta misma línea de argumentación algunos médicos dedicados a esta actividad clínica, como Hernández Gómez, justificaban esta atención como una estrecha vinculación entre la Rehabilitación y la caridad:

"La humanidad ha llegado a la rehabilitación porque ha alcanzado a lo largo de una evolución de siglos, un estado suficiente de madurez tanto en el aspecto médico como en la vertiente social. La rehabilitación encierra una idea de nobleza, de verdadera ayuda, que sólo puede encajar en una época de cultura y civilización elevadas. Pero la caridad no es solamente el renacer de unos sentimientos de ayuda y de amor al prójimo, sino es un concepto mas elaborado afectiva e intelectualmente. Aparece así una Caridad razonada, útil a quien la da y a quien la recibe, " te ayudo por que es mi obligación y porque tal vez serás tú quien me ayude en otro momento", y además no tiene nada de ofensivo ni de humillante, sino todo lo contrario beneficia a las dos partes y con ella a toda la sociedad" (6).

Otros autores como Blanco Argüelles, estaban de acuerdo con esta idea y textualmente decía que " la Rehabilitación es el disfraz que lleva la más bella y preciosa de las virtudes, que es la caridad", y es un deber moral de la sociedad reintegrar a los discapacitados (7). Para Cibeira "la rehabilitación es una inversión en valores humanos cuyos dividendos no sólo se miden en autorrespeto, valor y dignidad del individuo, sino que se expresan también en ganancias para toda la sociedad" (8).

<sup>6</sup> Hernández Gómez R. Evolución histórica del concepto de discapacitado ante la sociedad. *Asclepio* 1965; XVII: 265.

<sup>7</sup> Blanco Argüelles M. La Rehabilitación. Fundamentos y técnica. Su necesidad social. *Rev. Esp. Reh. del aparato locomotor* 1961; I: 170.

<sup>8</sup> Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 29-38.

Pensamos que esta idea reflejaba el sentimiento pasado que despertaban los inválidos, y fue uno de los primeros motivos en la aparición y establecimiento de la Rehabilitación. Sin embargo posteriormente, la caridad como origen de la especialidad quedó en un segundo plano y más bien fueron factores sociales los que primaron y justificaron la aparición de la Rehabilitación. En esta línea de argumentación Parreño afirmaba que “la caridad no es solución digna del hombre, que en su libertad exige la independencia de la miseria” (9).

Para algunos autores esta relación entre la caridad y la Rehabilitación era profundamente perjudicial para el inválido. Así, para González Más la justificación de la Rehabilitación por la caridad, desvirtuaba las verdaderas finalidades “rehabilitativas” por convicción, vocación o justicia comunitaria (10). Para él las organizaciones socio-caritativas, deformaban profundamente al inválido, obligándole a ciertas “actitudes falseadas” para poder seguir recibiendo las escasas ayudas prestadas. La caridad tenía entonces una orientación poco productiva y en ningún caso promocionadora de la persona.

Como vemos, para algunos autores los argumentos de la asistencia a los inválidos por la caridad estaban siendo desfasados, y posteriormente la Beneficencia sería eliminada del sistema de asistencia sanitaria.

Siguiendo con esta idea, Bosch Marín citaba al Papa Juan XXIII, que exponía que los cuidados hacia el enfermo no se basaban en la caridad cristiana, sino que eran un derecho del ciudadano y una obligación de la sociedad (11). El Papa apuntaba: “todo ser humano tiene derecho a la existencia, a la integridad física, a los medios indispensables y suficientes para un nivel de vida digno, especialmente en cuanto se refiere a la alimentación, al vestido, a la habitación, al descanso, a la atención médica, a los servicios sociales necesarios. De aquí el derecho a la seguridad en caso de enfermedad, de invalidez, de viudedad, de vejez, de paro y de cualquier otra eventualidad” (12). El Papa no apelaba a la caridad cristiana para que estas personas recibieran cuidados, sino que era un derecho de la persona y un deber de la sociedad.

---

<sup>9</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV(2): 29.

<sup>10</sup> González Más R. El inválido en los países subdesarrollados. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 45-50.

<sup>11</sup> Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.

<sup>12</sup> Bosch Marín J. Op. Cit., p. 32.



Como hemos visto, en una sociedad donde los valores religiosos tenían mucha importancia, como era en la década de los años cincuenta y sesenta, parecía lógico que la Rehabilitación se impregnara también de este sentimiento de virtud, revestido en forma de caridad. Sin embargo, esta idea iba quedando desfasada y se comenzaron a argumentar otros hechos que justificaran la necesidad de Rehabilitación. Comenzaban a esbozarse otros factores como los tecnológicos y científicos resultantes del progreso de la Medicina.

### **3.2. Argumentos tecnológicos: el progreso de la medicina**

El avance constante de los conocimientos científicos y la tecnología médica propiciaron, que quedaran con vida pacientes con graves lesiones y éstas muchas veces quedaran permanentes. El perfeccionamiento constante de las técnicas quirúrgicas, sobre todo de la cirugía ortopédica, coadyuvado por los adelantos en anestesia y reanimación, junto con la mayor eficacia asistencial y los adelantos en la medicina interna, incrementó en nuestro país el número de enfermos y traumatizados que sobrevivían a su enfermedad o a su lesión.

Muchos de estos supervivientes presentaban severas incapacidades o invalideces, que no podían ser subsanadas por la medicina curativa. Ya no había un riesgo letal agudo, pero la supervivencia fisiológica de las funciones vegetativas exclusivamente, no proporcionaba calidad de vida. Una vida que en estas condiciones podía perdurar años o décadas, así iba surgiendo la necesidad de una nueva fase de la medicina que aportara asistencia a estos pacientes: la Rehabilitación.

En 1949, Rush comenzó a referirse a la rehabilitación como a la tercera fase de la atención médica (13). La primera fase tenía la función de prevenir el proceso morboso, era la medicina preventiva. La segunda fase era la medicina curativa médica o quirúrgica y trataba de mejorar la enfermedad. Pero ¿qué pasaba con las personas que no se curaban?, ¿recibirían asistencia médica indefinidamente, o por el contrario cesarían los cuidados médicos ante la imposibilidad de mejorar más?.

Podía darse el caso de que la primera fase de la medicina o medicina preventiva no fuera efectiva y la persona enfermara. Después, en la segunda fase o medicina curativa o quirúrgica se intentaría curar al paciente. Pero a veces no podía

conseguirse este objetivo *ad integrum* y no se curaban totalmente las lesiones quedando el paciente con secuelas. La tercera fase de la Medicina se encargaría de aliviar las secuelas para reincorporar al paciente a su vida anterior y si esto no era posible conseguir que el paciente aprovechara al máximo sus funciones residuales.

En relación con lo anterior, Rush empezó a poner énfasis en el periodo existente entre el reposo en la cama y la vuelta al trabajo, o el tiempo tras la cirugía y el levantamiento temprano del paciente de la cama. Es decir, se podían evitar las secuelas de un proceso si se empezaban a tomar medidas terapéuticas precozmente impidiendo el desarrollo de las deformidades u otras alteraciones. En esta misma línea, Alzamora Albéniz exponía que la Rehabilitación no podía considerarse una especialidad aislada que comenzaba cuando el paciente había entrado en la tercera etapa o de secuelas, sino que tenía que iniciarse al comienzo de la enfermedad (14). Para este autor el concepto de tercera fase de la Medicina indicaba una noción falsa de compartimentos estancos, y la Rehabilitación no debía encasillarse en la última fase de la Medicina, sino que debía colaborar y realizarse a la vez que las dos primeras fases, es decir se desarrollaba también una actividad preventiva y curativa.

De otro lado, el avance en las técnicas de cirugía ortopédica, especialmente en el caso de articulaciones dolorosas o inestables, ya fuera por causas musculares, neurológicas o articulares propiamente dichas, disminuyó enormemente el número de la artrodesis o fusiones articulares realizadas. Ya no se buscaba sólo corregir anatómicamente la deformidad o la inestabilidad articular, sino también intentar conservar la movilidad de la articulación. Este cambio en los objetivos de la cirugía propició también el desarrollo de la reeducación funcional, porque ya no era tan importante la restitución anatómica sino la recuperación de la función de la articulación (15).

La década de los años cincuenta y sesenta era el momento de desarrollo de la cirugía conservadora en las tuberculosis osteo-articulares, de los trasplantes

---

<sup>13</sup> Rush HA. Rehabilitación. *JAMA*, 1949; 140: 286-292. Citado en ref. 18.

<sup>14</sup> Alzamora Albéniz A. Aspectos médicos de la Rehabilitación. *Anales de Medicina*, 1965; suplemento 1: 40-50.

tendinosos en la terapéutica de la poliomielitis y de las artroplastias en las articulaciones dolorosas o que hubieran perdido su movilidad. Pero estas intervenciones estaban condenadas al fracaso si no se realizaba una correcta recuperación funcional de la articulación antes y después de la cirugía; es decir, se estaba exigiendo la necesidad de un tratamiento rehabilitador que complementara y condujera al éxito el tratamiento quirúrgico.

Viladot comentaba a título de ejemplo, la especial importancia que adquiría esta reeducación funcional en el caso del trasplante de flexores de la rodilla en la parálisis de cuádriceps por poliomielitis (15). Si antes de la operación no se conseguía la mayor potencia muscular posible de los isquiotibiales, a la vez que se tenía la seguridad de que los flexores que quedaban iban a tener la suficiente fuerza para evitar el recurvatum de rodilla tras la intervención, poco rendimiento se iba a sacar a los músculos trasplantados. Es decir, para lograr el éxito del tratamiento, no era sólo necesario una técnica correcta, sino que era imprescindible un entrenamiento muscular precoz para conseguir el mayor rendimiento funcional.

Vemos como comenzaba a primar entre los traumatólogos la importancia de conseguir no sólo una adecuada corrección anatómica, sino sobre todo conseguir una articulación lo más funcional posible. Era más rentable para el paciente conseguir una articulación funcional que no una articulación anatómicamente perfecta. Para evitar esto era necesario potenciar al máximo la musculatura antes de la intervención y empezar inmediatamente tras ella una eficaz recuperación funcional.

En el caso especial de los niños, no sólo había que tener en cuenta los factores antes apuntados, sino que además no había que olvidar, que las mejoras en la atención médica pre y postnatal junto a los avances en el tratamiento de enfermedades infantiles, hicieron descender significativamente la mortalidad infantil. Pero a cambio se había provocado un aumento importante en la prevalencia de niños con discapacidades, especialmente con parálisis cerebral infantil y con secuelas de poliomielitis (16).

---

<sup>15</sup> Viladot A. La cirugía ortopédica en la rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.

Los avances en la tecnología del transporte y de la industria contribuyeron paralelamente a que aumentara el número de accidentes provocados por ella. Así, los accidentes con los vehículos de transporte, especialmente motos y automóviles. Los accidentes laborales con el uso de tecnología y el auge de la industrialización o simplemente una caída o un accidente tráfico, originaban un nuevo colectivo de población con secuelas tras estos accidentes.

En el caso de los sujetos supervivientes de estos accidentes laborales y de tráfico, gracias a los avances de la Medicina, conseguían sobrevivir un mayor número de paraplégicos, tetraplégicos, pacientes con secuelas de traumatismos craneoencefálicos, etc. Y después, pasada la fase aguda del proceso y conseguido el límite máximo de la curación, muy frecuentemente quedaban con invalideces y secuelas. Estas necesitaban asistencia especializada para conseguir el máximo rendimiento de las capacidades funcionales residuales, y sustituir aquellas perdidas para que el paciente se pudiera reincorporar a la familia, a su trabajo y a la sociedad.

De otro lado, no podemos olvidar que gracias a las mejoras en la asistencia sanitaria entre otros factores, en los primeros cincuenta años del siglo XX, se aumentaba en 18 años la *edad media* de vida, pasando de 49 a 67 años. Este envejecimiento de la población había contribuido a que el principal problema médico no fuera ya las enfermedades agudas sino las crónicas y las incapacidades que aparecían en su curso (17). Esta población de personas mayores, cada vez más numerosa, estaba cada vez más expuesta a accidentes y afecciones que aumentaban el riesgo de invalidez.

Además, se planteaba la necesidad de conseguir que estas personas mantuvieran o recuperaran su capacidad funcional, para así conseguir el mayor grado de independencia posible. Si se conseguía una buena calidad de atención de sus problemas médicos, junto a una adecuada recuperación funcional, se conseguiría mantener la máxima independencia funcional que era el objetivo final de la Rehabilitación. Por otro lado no hay que olvidar que muchos de estos pacientes no se beneficiaban de un tratamiento médico más largo, sino que necesitaban un programa específico e individualizado de rehabilitación que les enseñara a vivir

---

<sup>16</sup> Aguado Díaz AL. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial 1995: 256.

<sup>17</sup> Rush H. Rehabilitación: un problema internacional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II(1): 81-83.

"eficientemente dentro de los límites de su estado" y con la mayor independencia posible.

La sociedad, los médicos y el Estado, iban cambiando su idea de que los servicios médicos y el derecho a éstos, acababan cuando la medicina curativa no ofrecía mas posibilidades (18). Hasta entonces, situaciones como la capacidad para sobrevivir fuera del hospital en una institución especializada o bajo el cuidado personal o económico de familiares, o el dolor terminal, eran consideradas como punto final en los servicios médicos. No se consideraba la posibilidad de aumentar la capacidad potencial del paciente para lograr un papel más independiente y por lo tanto una mejor calidad de vida. Para Bosch Marín, la calidad de vida de los pacientes discapacitados se debía de medir con los mismos instrumentos que para los restantes miembros de la comunidad y no se debía de permitir que fuera inferior (19).

Como vemos, iba calando la idea de que la enfermedad física no acababa en el tratamiento curativo para las personas que quedaban físicamente disminuidas, sino que les debía de ofrecer más. La expansión del concepto de Rehabilitación médica iba aumentando y con él la aparición del concepto de medicina comprensiva o medicina integral (18). Así, la Rehabilitación pasaba a formar una parte insustituible de la atención médica comprensiva. Su objetivo era procurar la recuperación del paciente tras una enfermedad o discapacidad, para conseguir la funcionalidad óptima en su medio social habitual, con una calidad de vida que se aproximara a las personas sin discapacidad.

También podemos apuntar, que según el modelo de crecimiento natural, los progresos en conocimientos y tecnología de la Medicina Física sustentaron en parte este auge de la Rehabilitación (20). La consolidación y estructuración, en el ámbito internacional, de los conocimientos sobre el ejercicio, masaje y electricidad también llegaron a España y fueron adoptados por un colectivo de médicos. Pero las bases de

<sup>18</sup> Kottke FJ, Lehmann JF. Prefacio a la cuarta edición. En: FJ Kottke, JF Lehmann. *Medicina Física y rehabilitación*. Cuarta edición Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993; XV-XXI.

<sup>19</sup> Bosch Marín. Conferencia del Doctor Bosch Marín. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:19-46.

<sup>20</sup> Gritzer G, Arluke A. *The marking of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980*. Berkely: University of California Press, 1985.

los agentes y medios físicos, la helioterapia, la hidroterapia, las corrientes galvánicas y farádicas, y las corrientes de alta frecuencia, estaban sustentadas en los siglos anteriores (21). Las nuevas aportaciones sobre electroterapia, los conocimientos sobre movilizaciones y fortalecimiento muscular, las innovaciones en el campo de la masoterapia e hidroterapia, así como los fomentos de la Hermana Kenny fueron algunas de los progresos que aparecieron durante el período que estudiamos en este trabajo. Pero tenemos que destacar que como ninguna de ellas se inició en nuestro país, no hemos efectuado un estudio riguroso de las mismas.

De otro lado para algunos autores, no se podía sustentar que la Rehabilitación surgiera exclusivamente por los progresos en los conocimientos y la tecnología y argumentan un modelo de mercado basado en la oferta y la demanda de sus servicios (20). Más que las causas de la especialización, los conocimientos y la tecnología, serían los recursos usados por este grupo de médicos para justificar la situación de la especialidad y la división de los conocimientos y tareas. Estos autores consideran que la especialización del trabajo podía ser vista como una lucha entre las distintas profesiones para organizar el mercado y así ganar el derecho exclusivo para ejercer diversas tareas y actividades.

Esto sería lo que ocurrió en Estados Unidos, que gracias a algunos hechos históricos como fueron las dos Guerras Mundiales, se propició la oferta y la demanda de los servicios médicos de la Rehabilitación y de algunas de sus “profesiones aliadas” o auxiliares como era el caso de la fisioterapia y terapia ocupacional. Es necesario destacar que este punto de vista es bastante contemporáneo. En las décadas de los años cincuenta y sesenta, objeto de nuestro estudio, los autores consultados argumentaban sus ideas en torno al tradicional modelo de especialización; es decir, una especialidad florecía porque aumentaban los conocimientos y la tecnología en esa disciplina. Y esta idea es que la que se ha argumentado aquí y se continuará en el resto del trabajo.

---

<sup>21</sup> Delisa JA, Currie DM, Martin GM. Rehabilitation medicine: past, present and future. En: Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3rd ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998; 3-32.

### 3.3. Argumentos sociales: nueva concepción del inválido

Ya hemos visto a lo largo del capítulo anterior sobre la historia de los inválidos, cómo la Sociedad se ha ocupado y ha considerado a este grupo de personas. El primer antecedente de la protección de inválidos, en España, lo tenemos en la *ley Dato*, promulgada en 1900 por el Ministerio de la Gobernación (5). Pero la prestación concedida se limitaba al pago de pensiones o indemnizaciones a un tanto alzado, sin preocuparse para nada de la asistencia social, profesional y funcional del discapacitado.

En la época del estudio que nos ocupa, las décadas de los años cincuenta y sesenta, el inválido era un individuo más de la Sociedad. Esta tenía unos deberes frente a él, e igualmente el discapacitado tenía unas obligaciones para con la Sociedad. Se consideraba un problema social y un deber moral hacia el inválido darle los cuidados asistenciales y sanitarios necesarios. En este apartado vamos a exponer los factores sociales que propiciaron el desarrollo de la Rehabilitación, y finalmente vamos a comentar el posible papel de las epidemias de poliomielitis en la configuración de la futura especialidad.

Como prueba que este argumento sobre obligaciones del inválido y la sociedad estaba calando en la sociedad, el 4 de marzo de 1922, por Real Decreto, se creó el Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo, con la misión social de readaptar y reeducar profesionalmente a los obreros inválidos para reincorporarlos al mundo laboral (22). Se instaló en Carabanchel, en el palacete del Asilo de Inválidos, dependiente del Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria, bajo la dirección del Dr. Oller. Se le dotó de 80 camas, con un servicio de cirugía, un departamento de fisioterapia, talleres de formación profesional y prótesis y una sección de psicotecnia u orientación profesional. Dicho Instituto siguió el esquema de los existentes en Suiza y Alemania. En 1931 pasó a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. En el capítulo de lucha contra la invalidez se expone la historia de este Instituto más extensamente, por considerarse un muy importante en el seno de la historia de la Rehabilitación.

---

<sup>22</sup> Palacios Sánchez J. Evolución histórica. En: Julián Palacios Sánchez (ed.), *Historia del C.P.E.E. de reeducación de Inválidos. Antiguo INRI*. Madrid: M.E.C.-CC.P.E.E., 51-82.

En 1926 y 1927, aparecen Decretos sobre la creación de Escuelas y centros de Formación y Reeducción Profesional de Inválidos. Así se hace cargo el Estado de los discapacitados de origen no laboral en el aspecto de formación profesional (23).

En julio de 1929, en Ginebra, tuvo lugar el primer Congreso de la Sociedad Internacional de Asistencia al Inválido, patrocinado por la Sociedad de las Naciones. (5). Se acordó por unanimidad comenzar en todos los países la lucha contra la invalidez, de acuerdo a unas normas comunes. Entre éstas destacamos las siguientes como especialmente significativas:

1. Todo inválido tenía derecho a obtener igualdad cultural y social, como los individuos sanos.
2. Era imprescindible la necesidad de recopilar datos sobre el número de lisiados, parálíticos y mutilados, en cada país.
3. Era obligatorio notificar los niños nacidos deformes y los inválidos físicos originados por cualquier tipo de lesión laboral, accidental o tras enfermedad.
4. Se consideraba que había que fomentar la creación de una Cátedra de Ortopedia en las Universidades donde no existiera, para formar a especialistas en esta rama de la ciencia quirúrgica. Fue dentro de la Cirugía Ortopédica donde se incluyeron durante mucho tiempo la organización de la Rehabilitación, por lo que fueron los inválidos de afecciones del aparato locomotor los primeros en beneficiarse de la asistencia.
5. La creación de escuelas profesionales y de instrucción cultural para los inválidos en los grandes Centros Ortopédicos era otro objetivo para conseguir que ocuparan puestos de trabajo en la sociedad.
6. La puesta en marcha de una labor profiláctica para poder eliminar las causas de las deficiencias físicas.

En España, ya se había comenzado años antes de que se estableciera esta lucha internacional contra la invalidez, el primer esfuerzo estatal serio en la lucha contra la invalidez lo constituyó el anteriormente citado Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo.

---

<sup>23</sup> Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación* n° 38. Ed Consejo General de Colegios Médicos



En 1933 se promulgó la *Ley de Accidentes*, creándose la Caja de Accidentes de Trabajo, dependiente del INP y se funda la Clínica del Trabajo para responsabilizarse de los inválidos acogidos al seguro (24). También en este año 1933, el Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo, por Decreto-Ley del 5 de junio del 1933 cambiaba de nombre por el de Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos. Su misión continuaba siendo la de reeducar a los inválidos. En 1955 la Ley de Formación Profesional le confiere específicamente la función de conseguir la adaptación profesional de adolescentes y la readaptación de adultos.

Pero durante la década de los años 30, el problema de la invalidez se dejó de lado ante la llegada de otros problemas más urgentes como la inestabilidad política, la precaria situación económica y los graves problemas sanitarios de la tuberculosis, paludismo y otras enfermedades epidémicas. Además asegurada la masa trabajadora, los problemas de invalidez del resto de población iban resolviéndose y no planteaban mayores objetivos (24).

En el 12 de julio de 1941, se promulgaba la *ley de Sanidad Infantil y Maternal*, y en ella se intentaba cumplir las obligaciones sociales respecto a la asistencia de inválidos con las que nos habíamos comprometido con carácter internacional (25). Así, en su artículo 12 exponía que el Estado a través de los servicios de Sanidad los encargados de dar asistencia médica a todos los niños inválidos,

" La recuperación de niños inválidos y deformes, así como anormales mentales, se verificará a través de los Dispensarios y Centros de tratamiento especializados, coordinados o dependientes de Sanidad, estratégicamente distribuidos por toda la nación".

Un paso más en este avance legislativo en materia de invalidez, fue el de 1944, con el *Decreto de Seguros, bases para el Seguro Total* (26). Se establecía que en los supuestos de invalidez e incapacidad permanente para el trabajo se fijara una

---

de España, 1990; 3-15.

<sup>24</sup> Martín Lagos. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación". *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 33-44.

<sup>25</sup> Ley 12 de Julio de 1941 (Jefatura del Estado). Sanidad. Maternal e Infantil. BOE 28 julio 1941.

remuneración para los casos que no fuera posible o no se lograra la reeducación o readaptación profesional, y en las condiciones que le permitieran obtener una remuneración equivalente a la que habitualmente percibía. Algunos autores han catalogan a este decreto como *ley de Bases de Sanidad Nacional* y según otros, era la ley de Seguros Obligatorios (23). A pesar de la existencia de estas disposiciones legales, González Sánchez formulaba que no se hizo prácticamente nada durante estos años en la esfera de la rehabilitación.

Un nuevo impulso en el campo de la invalidez fue el que en 1948, dio la ONU al formular la Declaración Universal de los Derechos Humanos (5,27). En su artículo 25 proclamaba que

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, *invalidez*, viudedad, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancia independiente de su voluntad".

Además, este artículo 25 se complementó con el denominado "nuevo criterio con respecto al problema de la invalidez" y formulaba una tabla de principios. En el primero de ellos se exponía que la persona impedida tenía iguales derechos humanos que los físicamente normales. Tenía derecho a recibir todas las medidas de asistencia, oportunidades de rehabilitación y protección, para poder ser independiente dentro de la comunidad y no tener que estar recluido en una institución. Además, estaba en el derecho de exigir de la sociedad comprensión y ayuda constructiva, pero a cambio tenía la obligación de aportar sus servicios a la comunidad para ser un factor económico positivo y conseguir el bienestar económico de la nación, después de su rehabilitación.

Pero para algunos autores el verdadero problema estatal de la discapacidad apareció hacia finales del decenio del 40 con motivo de los graves y extensos focos de parálisis infantil en todo el país (5). La Declaración Universal de los Derechos

---

<sup>26</sup> Decreto 23 diciembre de 1944 (M<sup>a</sup> Trabajo). Seguros. Bases para el seguro total. Boletín 13 enero 1945.

Humanos por la ONU en 1948, junto con la llegada de la poliomielitis y su expansión por toda la península, probablemente influyeron a que ese mismo año 1948, se hiciera una memoria sobre la organización estatal de la *Lucha sanitaria nacional contra la Invalidez*, un proyecto de decreto y su reglamento. El 6 de junio de 1949, se aprobó dicho decreto y se formó el Patronato de Nacional de lucha contra la invalidez, dándole así el carácter de lucha sanitaria (28). En dicho Patronato estaban implicados la Sanidad, y los Ministerios de Educación y Trabajo, viéndose así representada la rehabilitación en su aspecto médico, de educación y laboral.

En este contexto histórico se le planteaba a la sociedad la siguiente cuestión: si era capaz de salvar una vida, y la persona quedaba con incapacidad o inválida, debía de darle a ésta, dignidad, propósito o independencia para seguir viviendo (2). Además el trabajo era una obligación y un derecho del hombre, por lo que la sociedad también tenía la obligación de proporcionárselo. Moragas, sociólogo, consideraba que la sociedad moderna no podía tolerar que desde el punto de vista político, social y económico un porcentaje alto de sus ciudadanos dejaran de contribuir activamente al esfuerzo colectivo (29). Continuaba exponiendo que el concepto de Rehabilitación en una sociedad moderna se basaba en la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos que la componían y que se había de manifestar en las leyes constitucionales de ese país. La Rehabilitación permitía reincorporar al inválido a su trabajo o a otro que pudiera realizar.

En 1957, Bosch Marín uno de los médicos más notables dentro de este colectivo de médicos interesados en la Rehabilitación, exponía la necesidad de readaptación del físicamente disminuido, entendida como la capacitación del paciente para llevar una vida con el mayor grado de independencia y consideraba que se inspiraba en los siguientes principios (19).

En primer lugar, el individuo físicamente disminuido tenía iguales derechos que el hombre *válido* en materia de protección, asistencia y posibilidades de readaptación.

---

<sup>27</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, *Los derechos Humanos*, Madrid: 1977, 41-44.

<sup>28</sup> Decreto 6 Junio 1949 (M.º Gobernación). Lucha contra la invalidez. Establecimiento. 908.

<sup>29</sup> Moragas Moragas R. fundamentos sociales de la Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1966; LII: 307-321.

Las personas disminuidas físicamente podían desarrollar los recursos que le quedaban, y dejar de ser una carga económica para su familia y el Estado, pasando a ser elementos activos. E incluso afirmaba que tenían el deber de colaborar en la prosperidad económica del país, de acuerdo con lo que le permitiera su readaptación y su formación profesional.

En tercer lugar, había que respetar el deseo de los incapacitados físicos para llevar una vida independiente en el seno de la Sociedad, en vez de estar protegido en establecimientos de inválidos.

Por último afirmaba que la readaptación sólo tenía éxito cuando el tratamiento se realizaba en equipo, con educadores, trabajadores sociales y de orientación profesional además del personal sanitario.

Parreño, otro médico notable del ámbito de la medicina especializada, poco antes de la oficialidad de la especialidad, hablaba de la existencia de cuatro derechos esenciales del hombre que estaban íntimamente imbricados con la Rehabilitación y que se apoyaban en el programa de Rehabilitación de inválidos de las Naciones Unidas (30). Los cuatro derechos citados hacían referencia a la salud, la asistencia social, el trabajo y la independencia de la persona.

El derecho a la salud aplicado al inválido, se refería a la igualdad para recibir la asistencia necesitada, en este caso a parte de la asistencia médica habitual, recibir asistencia especializada de rehabilitación.

Las Naciones Unidas en su programa de rehabilitación de inválidos, señalaba que los inválidos eran individuos con todos sus derechos humanos, al igual que los totalmente capacitados, y por lo tanto tenían derecho a recibir de su país toda la protección y asistencia posible y la oportunidad de rehabilitarse (11). Parreño apuntaba que en la Declaración de los Derechos Humanos, se hablaba de los derechos del hombre a trabajar y a elegir libremente su trabajo (30). Así mismo señalaba que era necesario que el inválido tuviera el derecho previo a su rehabilitación, ya que la caridad no era solución digna del hombre, que en su libertad exigía la independencia de la miseria.

---

<sup>30</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV(2): 20-39.

Ya hemos visto como el derecho del minusválido a la asistencia social por parte del Estado había llevado a la constitución de los Seguros Sociales obligatorios, antecedente de la actual Seguridad Social, primero a favor de los trabajadores y más tarde se extendió a toda la población nacional (26). Además de esta prestación sanitaria "curativa", en algunos casos, podía ser necesario una prestación económica reparadora o indemnizadora, pero ésta resultaba insuficiente a favor del inválido recuperable, que antes de recibir la asistencia económica pública tenía el derecho de postular ante el Estado un trabajo lucrativo y digno. Es decir, ya se apuntaba que las prestaciones económicas deberían ser simples indemnizaciones para los inválidos parciales y en ningún caso deberían ser pensiones vitalicias, sino que se debería fomentar y ayudar en la búsqueda de un empleo para ese paciente recuperable. No ocurriría igual con los "inválidos absolutos", que no podrían volver a ser aptos para trabajar, por lo que necesitaban una ayuda total, económica y social por parte del Estado. Se exponía muy acertadamente:

"La pensión permanente, en edad de pleno rendimiento, no constituye la ayuda adecuada para el infortunio de invalidez, por lo que deberá ser sustituida en casos normales, esto es, siempre que exista una esperanza de curación o de reincorporación a la vida económica, por medidas médicas y económicas de rehabilitación" (31).

Por último Parreño también aludía a que la rehabilitación era una protección al derecho de independencia familiar, social y económica de toda persona que se encontraba alguna vez y por alguna razón incapacitada. Ya que con sus servicios ayudaba a los inválidos a compensar sus deficiencias igualándolos a los no incapacitados en sus oportunidades sociales.

Todos estos derechos estaban relacionados íntimamente con la calidad de vida del paciente discapacitado. Éste tenía que lograr su integración con el mundo que le rodeaba, y así poder lograr las satisfacciones que deseaba. Porque se consideraba que los pacientes con enfermedades y discapacidades que provocaban un deterioro importante de la calidad de vida, pero no representaban un riesgo letal agudo, no estaban recibiendo la adecuada atención médica, aún en los casos en que el deterioro de la calidad de vida pudiera perdurar años o décadas (18).

En 1970, Piédrola Gil planteaba la necesidad de que el Ministerio de Trabajo, a través de la Seguridad Social, debía aunar los esfuerzos de la Sanidad Nacional y la Asistencia Social para conservar, incrementar y *restaurar* la salud de todos los españoles (32). Además, llegaba más lejos e incluso proponía que la Sanidad Nacional debía abandonar su misión asistencial para orientarse exclusivamente a la preventiva, rehabilitadora y de educación sanitaria. Mientras que opinaba que la Asistencia Social debía de actualizarse y potenciarlizarse hasta alcanzar el nivel deseable. La Sanidad iba adquiriendo un criterio cada vez más social y los discapacitados constituían un problema sanitario social importante.

La emigración en nuestro país también aumentó el número de sujetos a rehabilitar (29). El Instituto Español de Inmigración no otorgaba los permisos correspondientes a los trabajadores con algún tipo de “disminución física”, lo que motivó un importante aumento en el número de personas a rehabilitar porque querían salir fuera de España, fundamentalmente para trabajar (29).

Las guerras contribuyeron enormemente a que aumentara el número de inválidos, mutilados, traumatizados, fracturados, quemados, para y tetraplégicos, entre otros. La sociedad se planteaba la necesidad de cuidar y reintegrar a estas personas y en este contexto se desarrolló la Rehabilitación en el caso de EEUU. Pero en España parece ser que “la atención a los inválidos de guerra no jugó un papel en la consolidación de la rehabilitación como especialidad médica” (33). Hubo alguna tentativa aislada de organización de la atención a los inválidos de guerra, en Oza (Coruña), habilitándose un Centro de Recuperación de Mutilados de Guerra. Incluso se redactó una propuesta de organización de la atención a estos inválidos, titulada *La reorientación y colocación profesional de mutilados de guerra*, donde se intentaba promover un sistema de calificación y empleo para los heridos de guerra, pero parece ser que no llevó a cabo (33,34). Respecto a esta interesante propuesta que se llevó a

---

<sup>31</sup> Parreño Rodríguez JR. Op. Cit., P. 25.

<sup>32</sup> Piédrola Gil. Discusión de la comunicación “Pasado, presente y futuro de la rehabilitación”. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LVXXXVII: 49-52.

<sup>33</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

<sup>34</sup> Nogales Puertas B. *La reorientación y colocación profesional de mutilados de guerra*. Santiago: Ed. Tipografía Paredes, 1942.

cabo en 1942, queda fuera del periodo estudiado en este trabajo, pero no queríamos dejar de reseñarla por el posible futuro interés que pudiera suscitar el tema.

La magnitud del problema de la invalidez adquirió gran relevancia a la vista de los datos estadísticos. En un censo realizado en España en 1950 sobre 27.976.775 personas de población total, 70.094 eran grandes inválidos, 11.139 sordomudos y 14.929 ciegos (19). Además, se insistía en la necesidad de recoger las cifras de enfermos e inválidos más leves, y esta función se encomendaba al Instituto Nacional de Rehabilitación.

Bosch Marín señalaba que no existían estadísticas actuales respecto al número de inválidos. Pero a partir del programa elaborado en 1958 por Safort, consultante de la OMS y Jansen, experto en asuntos sociales de las Naciones Unidas, podían estimarse las cifras (11). Basándose en los resultados de diversos estudios o encuestas realizados en algunos países occidentales se podía calcular que el 6 ó 7 % de la población de España (unos dos millones de personas) tenía una enfermedad física o mental permanente que precisaba en una parte importante de los casos readaptación. Calculaban que poco menos de un millón de personas estaban gravemente disminuidas y necesitaban rehabilitación. Además el número de malformaciones congénitas era creciente, así como el de encefalopatías infantiles residuales, poliomielitis, accidentes de tráfico, domésticos, laborales, infecciones invalidantes, etc. En conjunto llegaban a representar más del 10 por 100 de la población que de una u otra forma requerían del “arte valioso y difícil de rehabilitación de defectos físicos, sensoriales y mentales” (35).

En EEUU, tras la segunda Guerra Mundial, las cifras de personas con discapacidad aumentaron extraordinariamente. En 1955, se catalogaban 8.000.000 de inválidos, o sea una persona de cada siete en edad de trabajar, y en Inglaterra el 6 por ciento de la población laboral (24).

El primer informe del Comité de Expertos en Rehabilitación médica de la OMS, exponía que no existían datos estadísticos precisos, pero hacían suyos los datos aportados por los especialistas en Rehabilitación basados en su experiencia

---

<sup>35</sup> Bosch Marín. Op. Cit., 28.

clínica (36). Así exponían que al menos el 25% de los enfermos aquejados de perturbaciones físicas que pasaban por el Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales podían mejorar con un tratamiento de Rehabilitación. Cuando la cifra era referida a trastornos del aparato locomotor se elevaba hasta el 75% de los casos (37).

Podemos sintetizar este apartado sobre los argumentos sociales aportados en torno a la necesidad de Rehabilitación, recordando las palabras de Piédrola Gil en 1970, "la rehabilitación es un deber y un beneficio para la sociedad y deben aunadamente buscar un mismo fin: conservar, incrementar y restaurar la salud de todos los españoles" (32). Para Blanco Argüelles, además la Rehabilitación contribuía al saneamiento de la sociedad porque disminuía el número de elementos inactivos y parásitos (7).

La rehabilitación no era una modalidad de terapéutica física, médica o quirúrgica, sino un conjunto de actuaciones, en las que lo social se imponía. Para Piédrola Gil, en 1970, "la rehabilitación debe ser, sobre todo, terapéutica social", para ello proponía la inclusión de la especialidad en el ansiado Departamento de Medicina Preventiva y Social (32).

De otro lado, ya hemos visto como el discapacitado tenía los mismos derechos que el hombre sano y además gozaba del derecho de ser auxiliado económicamente por el Estado, pero también arrastraba la obligación de contribuir a la prosperidad económica de su país. A continuación vamos a exponer los motivos económicos que hacían rentable y beneficiosa la Rehabilitación de los inválidos, no sólo para el paciente, sino también para el Estado, la familia y la sociedad.

---

<sup>36</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe.* Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos., 1958, 158. Ginebra. OMS.

<sup>37</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe.* Op. Cit., p. 10.



### 3.4. Argumentos económicos: el inválido como individuo rentable

El inválido planteaba problemas económicos en un doble ámbito. En el medio familiar era una carga económica, porque si era el cabeza de familia dejaba de producir y por otro lado ocasionaba múltiples gastos: médicos, hospitalización, tratamientos médicos y quirúrgicos, aparatos de prótesis, medicinas, otros tratamientos como ayudas, etc. Se hablaba de pérdida económica de tipo pasivo o consumo directo al representado por los gastos de medicamentos, hospitalizaciones, pensiones e indemnizaciones y por el consumo de un mínimo vital para su manutención (30). El consumo directo o pérdida económica de tipo activo, era la debida a la falta de trabajo productivo del enfermo y de las personas que tenían que cuidarles.

Pero el problema del incapacitado rebasaba el ámbito personal y familiar para proyectarse en la Nación, no sólo en el ámbito social sino también en el económico. Estas personas no sólo veían disminuidos o suprimidos sus recursos para ganarse la vida, sino que también suponían una carga económica para los organismos estatales que les ofrecían la ayuda, pensiones de invalidez, indemnizaciones, etc. (2). Sabanés y Molinas Mató sobre 1.080 historias clínicas de expedientes por invalidez en trabajadores de la industria textil, encontraron que el 34% eran inválidos de causa motora. (38). EL caso de los inválidos motores afectaba directamente a la Rehabilitación, ya que ésta podía ayudar a estas personas para intentar una capacidad funcional mayor y una posterior incorporación al mundo laboral.

Algunos autores, como Martín Lagos, hablaban incluso de la creación de una nueva clase social, "la de rentistas por accidente relegados a la holgazanería y siempre insatisfechos, ya que la renta es inferior al salario base y no piensan en otra cosa que en sobrevalorar lo que perdieron, en plantear problemas" (24).

También en las empresas o donde estuviera el puesto de trabajo del inválido, se planteaba un problema económico, porque se afectaba la productividad de la empresa a causa del abandono del empleo del discapacitado. Además, muchos de los puestos de trabajo vacíos estaban ocupados por especialistas, por lo que a veces

---

<sup>38</sup> Sabanés J. Sobre orientación profesional en enfermos con secuelas motoras. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III: 59-69.

resultaba difícil reemplazar al trabajador. Era necesario adaptar a estos individuos capacitándolos para producir un trabajo activo igual o de otra clase y colocarlos, integrándolos a la sociedad.

Bosch Marín señalaba que era un deber de la rehabilitación liberar a la familia, a la comunidad y a la nación de esta carga económica (11). Apuntaba también que no debíamos olvidar el aspecto cuantitativo del problema, ya que más del 10% de la población requería la rehabilitación de sus problemas físicos, sensoriales, mentales, etc.

El problema económico que originaba el inválido era un tema candente en el ámbito internacional. En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas, en un informe especial de 1947 manifestaba que:

"La importancia numérica de los inválidos ha hecho que la rehabilitación sea considerada por primera vez como una ventaja para la economía del país; si se consigue rehabilitar a un inválido hasta el punto de que pueda ganar decorosamente la vida, el inválido no sólo deja de ser una carga económica para la comunidad, sino que contribuye a aumentar la riqueza y los recursos de ésta" (30).

Como señalaba Parreño, la actuación de la rehabilitación en el ámbito económico de la Nación era triple (30). Por un lado, aumentaba el censo de la población activa, al reincorporar al trabajo a sus pacientes mejorados; en segundo lugar aumentaba la capacidad económica de un sector, al convertir a los inválidos que eran asalariados pasivos en activos y productores. Y por último, aumentaba el número de sujetos contribuyentes, aliviando las cargas fiscales del resto de los ciudadanos.

Las Naciones Unidas en su programa de rehabilitación de inválidos señalaban que los inválidos tenían la responsabilidad hacia la comunidad de contribuir con sus servicios al bienestar económico de la nación. La dependencia de los discapacitados físicos o mentales o sensoriales, consumía recursos sin aumentar la productividad o la calidad de vida del paciente.



La Oficina vocacional de Washington enunciaba que por cada dólar que se había dado para emplear en trabajos remunerativos a los llamados lisiados, se habían recibido diez dólares en pago de réditos (39).

Otras fuentes señalaban que en EEUU el coste de recuperación de discapacitados en un año fue de 32 millones de dólares; un año después de conseguida esta recuperación, los jornales obtenidos por estos pacientes recuperados fueron de 16 millones, es decir que a los 3 años se había reembolsado al Tesoro más dinero por los impuestos que los gastados en su readaptación (24).

En Australia, una inversión anual de 450.000 libras en servicios de Rehabilitación, supuso una incorporación laboral de 2.700 personas pensionadas por invalidez (30). Esto supuso una economía directa de 500.000 libras en el capítulo de pensiones por invalidez, aparte de la contribución del trabajo de estas personas a la renta nacional.

Con estos datos vemos que económicamente era muy rentable para el Estado recuperar a los discapacitados y reincorporarlos a un trabajo. Pasa así de ser un "consumidor improductivo y costoso, a un sujeto productivo, es más rentable rehabilitarle que pagarle una indemnización" (40).

Pero para los empresarios, ¿era igualmente rentable?, ¿el rendimiento de estas personas era comparable al de los sanos?, o bien ¿su capacidad de trabajo estaba disminuida respecto a los llamados sanos?. En una encuesta realizada en EEUU en 1946, comparando el rendimiento de 4000 obreros "minusvalentes" con el de 6000 "normales", se encontró que era igual en los dos grupos en el 36% de los casos, inferior en el 29% y superior en el 34% (40). Es decir, en el 70% de los casos la productividad de estas personas era igual o mayor que la de los sanos, y sólo en menos de un tercio de los casos era inferior. Sin embargo en el primer informe del Comité de Expertos de la OMS sobre Rehabilitación, se exponía que los empresarios eran más propensos a participar en los sistemas de pensiones e invalidez y a subvencionar instituciones especializadas para inválidos que a contratarles en sus

---

<sup>39</sup> Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 29-38.

<sup>40</sup> Blanco Argüelles M. La Rehabilitación. Fundamentos y técnica. Su necesidad social. *Rev. Esp. Reh. del aparato locomotor* 1961; I: 168.

propias empresas (36). Pero la OMS insistía en la necesidad de incorporar al inválido a su trabajo, para ello alegaba que los jefes de empresa habían de reconocer que era más humano procurar trabajo a los impedidos que financiar organizaciones de caridad. Y por otra parte, el Estado debía de proveer de centros de trabajo subvencionados para los impedidos que estuvieran en condiciones de trabajar en el mercado libre.

Podemos concluir diciendo que los resultados obtenidos tras un programa de Rehabilitación médica aportaban numerosas ventajas económicas con relación a la medicina clásica. En primer lugar disminuía el tiempo de hospitalización en los enfermos quirúrgicos, también impedía o disminuía la aparición de secuelas invalidantes si su aplicación era precoz. De otro lado, anulaba o disminuía el grado de invalidez en enfermos con déficit físico, "cualesquiera que sea su etiopatogenia", además incorporaba más rápidamente al paciente a sus ocupaciones laborales y finalmente disminuía el porcentaje de primas por invalidez (30).

### **3.5. Procesos morbosos: la aparición de las epidemias de poliomiелitis**

"En todas las publicaciones de la época se hacía referencia, a la demanda social, como un factor definitorio de la necesidad social de un nuevo colectivo profesional. En los años cincuenta, la enfermedad incapacitante que con mayor fuerza estaba golpeando a la sociedad española y que más sensibilidades movilizaba era la poliomiелitis" (33).

En algunas ocasiones, la aparición de nuevos procesos morbosos ha apoyado a la aparición de una nueva especialidad. Tenemos el ejemplo de la Medicina del Trabajo desarrollada con el auge y avance industrial, que trajo consigo la aparición de nuevas enfermedades y accidentes laborales en este grupo de población trabajadora (41). La tuberculosis también influyó notablemente en la consolidación de un grupo de médicos especializados y de una nueva disciplina médica, la actual

---

<sup>41</sup> Bachiller Baeza, Á. *La Medicina Social en España (El Instituto de Reeduación y la Clínica del Trabajo 1922-1937)*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1985.

Neumología. La tuberculosis también tuvo interés en la primera mitad del siglo XX, en la actual especialidad médica de Rehabilitación. Se desarrollaron los Sanatorios Marítimos para dar asistencia a los pacientes afectados. Posteriormente con la drástica disminución de casos de tuberculosis, a raíz del tratamiento antibiótico, estos sanatorios fueron ocupados por otro tipo de pacientes. Entre éstos hay que destacar los afectados por otra enfermedad que comenzó a florecer justo con la llegada de la década de los cincuenta, la poliomielitis.

Esta enfermedad había coexistido con el hombre desde sus orígenes, pero a finales del siglo XIX comenzaron a aparecer los primeros brotes epidémicos de los que se tiene noticia y extendiéndose por todo el mundo en los primeros sesenta años del siglo XX, hasta que se descubrió la vacuna. Todavía hoy, es una enfermedad que no está erradicada, existiendo núcleos de infección en el sur de Africa y Asia (42). Su especial predilección por la segunda motoneurona ocasionando parálisis y paresias musculares, su dificultad en el diagnóstico y la falta de un tratamiento curativo, originó que la especialización de los cuidados durante todas las fases de la enfermedad fuera prácticamente lo único que la Medicina podía proporcionar a estos pacientes. Estos cuidados pertenecían al campo de la actual Rehabilitación y posiblemente permitió que se consolidara más una actividad médica que estaba naciendo.

Las epidemias de poliomielitis en la década de los cincuenta y hasta 1963, en que se iniciaron las campañas de vacunación masiva, actuaron ferozmente en la población española. Este hecho acarreó numerosas e importantes consecuencias. En primer lugar un alto número de defunciones, a consecuencia de la severa afectación de la musculatura respiratoria pero además los supervivientes sufrían parálisis en otros músculos de su economía, que necesitaban ser tratadas desde un punto de vista funcional. Tras conseguir la máxima recuperación funcional posible, quedaban muy frecuentemente secuelas en el aparato locomotor, fundamentalmente deformidades articulares y atrofas musculares, que también precisaban unos cuidados especializados. Las escasamente conocidas y reconocidas técnicas de Rehabilitación

---

<sup>42</sup> La OMS pide un último esfuerzo frente a la poliomielitis. *7 Días Médicos*; 12-II-99, nº 392: 26-27.

jugaran un papel esencial en la terapéutica de la enfermedad. Los métodos quirúrgicos también tuvieron una actuación importante, y los medios farmacológicos aportaron escasa efectividad.

Dado el creciente número de casos de afectados por poliomielitis se creó una red asistencial nacional, para el tratamiento de casos agudos y sus secuelas. En 1956, para hacer frente a la demanda de asistencia a la poliomielitis, se creó en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, una sección específica para los cuidados de los niños con esta enfermedad (33). Esta sección tenía anejo un servicio de Rehabilitación y algunos pulmones de acero para los niños con severa afectación respiratoria. En estas unidades se aplicaba, electricidad, masaje, termoterapia húmeda, los fomentos de la Hermana Kenny y ejercicio. Los cuidados que requería esta enfermedad pertenecían fundamentalmente a la Rehabilitación, pero también a consecuencia de ella aparecieron nuevas alternativas terapéuticas como los fomentos de la Hermana Kenny, se desarrollaron métodos de valoración muscular, se comenzaron a usar masivamente los pulmones de acero. También se desarrollaron unidades asistenciales independientes tanto de adultos como de niños y algunas como la del Niño Jesús continuó incluso después de terminar las epidemias de poliomielitis.

Por fin con la llegada de la vacuna disminuyeron los casos nuevos de la enfermedad, pero ésta dejó tras de sí una legión de personas con secuelas que requerían cuidados tanto quirúrgicos como rehabilitadores. E incluso hoy, casi cuarenta años después de erradicar las epidemias en España, la enfermedad sigue causando nuevos síntomas entre los afectados como el síndrome postpolio, motivando que sean atendidos en los Servicios de Rehabilitación (43).

Además, la poliomielitis como hemos dicho anteriormente propició el avance de los conocimientos científicos en torno a los temas de valoración muscular, terapéutica de fortalecimiento muscular, ortopédica y analgésica por medios y agentes físicos, entre otros. También creó la necesidad de celebrar simposium científicos nacionales e internacionales en torno al tema. Y además, se iniciaba y consolidaba la asistencia especializada a estos pacientes, fundamentalmente niños, en forma de unidades de Rehabilitación infantil que tras la desaparición de la

---

<sup>43</sup> Aguila Maturana A. ¿La poliomielitis ataca de nuevo?. Rehabilitación (Madr) 1999;33: 287-359.

enfermedad permanecieron para en un principio para atender a las secuelas que ocasionaba la poliomielitis, pero posteriormente fueron dedicándose a otras enfermedades infantiles discapacitantes.

Este grupo de médicos dedicados a la asistencia rehabilitadora en niños se ha ido definiendo y especializando cada vez más hasta que en 1996 se asociaron, constituyendo la *Sociedad Española de Rehabilitación Infantil*, filial de la *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* (33).

Como veremos más adelante “la asistencia generada por la demanda social de la poliomielitis cumplió, en consecuencia, un papel importante en el desarrollo de las unidades asistenciales de Rehabilitación, sobre todo en el ámbito de la atención infantil” (33). E incluso para algún autor, como es el caso de Palanca, fue precisamente con la llegada de la poliomielitis “y de los norteamericanos”, cuando se publicó en España el Decreto de Lucha contra la Invalidez de 1949, es decir la poliomielitis fue el detonante de que se concretaran nuevas acciones legales en torno a los inválidos.

Como hemos visto, la llegada de epidemias de una enfermedad infectocontagiosa, la polio, propició que se desarrollaran nuevos métodos de valoración diagnóstica, como fueron las escalas de valoración muscular, y por otro lado, fue la consolidación de determinados métodos terapéuticos. En el campo de la actual medicina intensiva se desarrollaron los métodos de respiración asistida, especialmente los conocidos pulmones de acero. En el campo de la Cirugía Ortopédica, se desarrollaron técnicas de transposición tendinosa, artrodesis, alargamiento y acortamiento de miembros inferiores fundamentalmente. En el campo de la Medicina Física y Rehabilitación, se consolidaron tratamientos como los cuidados posturales, el fortalecimiento muscular, la mecanoterapia, la hidroterapia, las ortesis, y aparecieron otros nuevos, como los fomentos calientes de la Hermana Kenny.

\* \* \* \*

La Rehabilitación comenzaba a ser una especialidad en expansión y continuaría siéndolo durante años. Anteriormente hemos expuesto algunos de los argumentos dado en la década de los años cincuenta y sesenta que intentan justificarlo. Vistos retrospectivamente treinta años después, Robles Gómez resumía estos argumentos del siguiente modo (44).

El primer factor que influía en la consolidación y expansión de la actividad rehabilitadora era la ampliación de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social en los últimos años. En segundo lugar, el número de accidentes del trabajo y accidente de tráfico, estaba creciendo rápidamente en los últimos años, con preservación de la vida en casos más graves, pero con la consecuencia de padecer mayor y más importante número de secuelas, sobre las que se consideraba necesario intervenir. En tercer lugar, el aumento de patología invalidante como los accidentes cerebrovasculares y los progresos de la Neonatología traían aparejado la supervivencia de un mayor número de niños, pero a cambio muchos quedaban con secuelas psico-físicas. Los progresos en otros campos de la Medicina ocasionaban también una mayor supervivencia de pacientes con problemas de salud. La mayor longevidad conllevaba mayor frecuencia de la patología de la tercera edad, que demandaba servicios asistenciales en Rehabilitación.

\* \* \*

Todos los argumentos expuestos anteriormente en torno a la nueva actividad especializada crearon un estado de opinión: era necesario prestar una atención singularizada a los inválidos. Esta nueva asistencia recibiría el nombre de Rehabilitación. El estudio y análisis de estas actuaciones lo vamos a llevar a cabo en los siguientes capítulos.

---

<sup>44</sup> Robles Gómez E. Desarrollo y Planificación de las Unidades asistenciales y docentes. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 17-30.



## **4. LUCHA CONTRA LA INVALIDEZ: ACCIONES SOCIALES FRENTE AL INVALIDO**

## 4. LA LUCHA CONTRA LA INVALIDEZ: ACCIONES SOCIALES FRENTE AL INVALIDO

"Desde el amanecer de la Historia, la persona encargada del cuidado de la salud, ya fuese un alto sacerdote, filósofo o brujo, ha tenido un importante papel en la sociedad. Su función ha sido prolongar la vida, preservar la salud y ayudar al hombre en las mil y una enfermedades mentales y físicas. El adelanto de la ciencia, la tecnología y el cambio de ideas sociales y políticas están ensanchando el horizonte de la Medicina: las responsabilidades para con el enfermo no pueden terminar en las puertas del hospital" (1).

En este capítulo vamos a comenzar con una breve revisión de los antecedentes asistenciales y legales en la rehabilitación del inválido, para luego desde un punto de vista cronológico, describir su situación en el periodo histórico que nos ocupa. Para ello comenzamos con una sucinta revisión de uno de los primeros centros clave dedicados a esta actividad, el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, exponiendo los objetivos para su funcionamiento, entre los que la reeducación profesional tuvo especial relevancia. Este Instituto constituye un antecedente muy destacable en los inicios de la Rehabilitación de nuestro país, persistiendo hasta la actualidad su actividad rehabilitadora.

Después continuaremos con el estudio de alguna de las normativas legales referentes a los minusválidos físicos en la legislación española (2). Comenzaremos con el *Decreto de la Lucha Sanitaria contra la Invalidez*, que fue uno de los primeros documentos legales dedicados a la atención de los inválidos, y veremos cómo se fue estableciendo la asistencia sanitaria rehabilitadora. De forma paralela, haremos alusiones a la situación de la Rehabilitación en el ámbito internacional, comparando la situación en ese momento y destacando las aportaciones e influencias que tuvo en nuestra nación.

---

<sup>1</sup> Kessler H. Introducción. En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 1.

<sup>2</sup> Parreño Rodríguez JR. La Rehabilitación de los minusválidos físicos en la legislación española. *Rehabilitación* 1976; 10: 393-408.

Especial interés tiene el apartado dedicado a los problemas de la Rehabilitación en los pacientes del aparato locomotor, ya que este grupo de pacientes era el más numeroso dentro del grupo de inválidos, y en concreto los inválidos del aparato locomotor de causa laboral y por afectación de la poliomielitis. Poco a poco, la Rehabilitación va alcanzando un puesto dentro de la asistencia sanitaria nacional y esto se refleja en la legislación de esta época. Describiremos cómo se contemplaba la Rehabilitación en la Ley del Seguro de Accidentes del trabajo de 1958, en el Decreto de 1961 sobre el Aseguramiento de enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y por último en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, donde se regula la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en España.

La necesidad de difundir y propagar la naciente asistencia al grupo de inválidos, así como la prevención de posibles secuelas que podían aparecer tras procesos infecciosos como la poliomielitis, entre otros objetivos, hizo factible la aparición de las Campañas de Educación Sanitaria popular en materia de Rehabilitación. Este punto lo abordaremos al final de este capítulo.

#### **4.1. El antecedente del instituto Nacional de Reeducción de Inválidos**

Ya hemos visto anteriormente como la asistencia médica recibida dependía de la clase social a la que se pertenecía. A principios del siglo XX, la mayor parte de la población recibía la protección de la Beneficencia (3), de un sistema de medicina rural creado en esos años (Asistencia Pública Domiciliaria, APD) o de los servicios municipales de Medicina Preventiva y Salud Pública, mientras que una minoría acomodada recibía la atención de la medicina “privada” (4). A finales del siglo XIX, en 1883 con Bismarck se iniciaba el primer sistema moderno de asistencia médica basado en las cajas de seguros obreros, creándose el primer seguro obligatorio de

---

<sup>3</sup> Alvarez Junco J. (coord.). *Historia de la Acción social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.

<sup>4</sup> Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Sánchez Moreno A. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana DL, 1997; 819-845.

enfermedad (5). En este modelo sanitario se garantizaba las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias. En España van constituyéndose seguros de enfermedad para trabajadores en distintas ramas de actividad a lo largo del primer tercio de siglo. Hubo que esperar a la Segunda República para que se aprobara en plena Guerra Civil, un modelo de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), basado en el modelo bismarckiano (6). Este esquema no llegó a ser adaptado hasta 1942, llevándose a la práctica finalmente en 1944. Esta puesta en marcha en España del SOE no se justificaba solamente por el volumen de población industrial entonces existente, sino también por razones políticas. El Estado pretendía atraer de este modo, la voluntad de los trabajadores, contrariada por la naturaleza de la victoria y la implantación de la dictadura. Además es importante conocer que el SOE no fue desarrollado por la Dirección General de Sanidad, sino por el Ministerio de Trabajo, bajo influencia falangista. En 1939, aparecieron los seguros de invalidez y vejez (7,8).

Estas ideas sobre los seguros en la asistencia médica se difundieron por toda Europa llegando también a España (9). En 1900, se había promulgado la Ley de Accidentes del trabajo, conocida como Ley Dato (10). En esta ley no se planteaba la obligatoriedad del seguro de accidentes del trabajo, ni tampoco un control estatal de las sociedades aseguradas, sino que se abordaban fundamentalmente temas laborales preventivos.

En esta misma línea, una fecha importante fue el 4 de marzo de 1922, en la que se publicaba un decreto para la creación del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (10). Se creó así uno de los primeros centros médicos para los trabajadores accidentados. Hasta entonces el Ministerio de la Gobernación se había centrado exclusivamente en los factores preventivos de los accidentes de

<sup>5</sup> Sigerist, HE. De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre la seguridad social". En: Lesky, E. *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984;187-209.

<sup>6</sup> Martínez Pérez, J. La salud laboral en la II República: la actitud de los médicos ante la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria. En: Huertas, R.; Campos, R. (eds.). *Medicina Social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, t. 1. Madrid: FIM, 1992; 349-369.

<sup>7</sup> Climent Barberá JM. El enfoque social de la invalidez. En: Climent Barberá JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

<sup>8</sup> Alvarez Nebreda C. *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis, 1994.

<sup>9</sup> Montero F. *Orígenes y antecedentes de la Previsión social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad social, 1988.

trabajo y en las enfermedades profesionales. Fueron dos años después, cuando tras una nueva reforma de la Ley Dato, se inauguró el Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo, y posteriormente, apareció en 1934 la Clínica del Trabajo (10). En ambas, la actividad asistencial estaba especialmente dedicada a la futura medicina del trabajo pero en los dos centros se crearon secciones de fisioterapia, representando núcleos clave en el ejercicio profesional rehabilitador y la difusión docente de sus contenidos. La historia de la Rehabilitación en España está profundamente arraigada con estas instituciones, ya que la propia idea de Rehabilitación nace en el contexto de la reeducación de los obreros inválidos en accidentes del trabajo (7).

El Instituto de Reeducción pasó por distintas etapas históricas con orientaciones variadas en su forma de asistencia, pasó de ser un asilo a un centro asistencial médico, quirúrgico y rehabilitador. Este cambio se reflejó también en su nombre, comenzó siendo el Asilo de Inválidos del Trabajo para posteriormente recibir distintas denominaciones todas ellas relacionadas con la reeducación profesional.

Este centro surgió en 1889 como un asilo de obreros inválidos, con una función exclusivamente de beneficencia dando cobijo a estos obreros, posteriormente fue ampliando sus cometidos (11). A partir de 1922, el Instituto tuvo la etapa más florida desde el punto de vista de Rehabilitación, convirtiéndose en el primer centro oficial con orientación rehabilitadora. En él se desarrollaban tareas reeducativas a través de los talleres ocupacionales o de reeducación profesional, cuya función era enseñar a los inválidos el máximo aprovechamiento de sus capacidades funcionales para una posterior reincorporación laboral (12,13).

<sup>10</sup> Martínez Pérez J. La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 131-158.

<sup>11</sup> Palacios Sánchez J. Evolución histórica. En: Julián Palacios Sánchez (ed.), *Historia del C.P.E.E. de reeducación de Inválidos. Antiguo INRI*. Madrid: M.E.C.-CC.P.E.E., 51-82.

<sup>12</sup> Azpeitia Escolá, Lozano Azulas. Rehabilitación y reeducación profesional a través del Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:285-295.

<sup>13</sup> Climent Barberá JM. La primera institución oficial: el Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del trabajo. En: Climent Barberá JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

En 1934 se convertía en el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos (INRI) hasta el año 1987 en que abandonaba su enfoque asistencial y se convertía en un centro público de pedagogía terapéutica, conocido como Centro Público de Educación Especial de Reeducción de Inválidos.

Los objetivos iniciales del INRI fueron tres (10,11). El primero era la readaptación funcional tras el accidente, contando para ello con varios quirófanos ya que los tratamientos quirúrgicos tuvieron gran relevancia. También existían salas de recuperación y terapéutica física, disponiéndose ya entonces, de una sala de fisioterapia y otra de terapia ocupacional. Además contaban con laboratorios de diagnóstico y análisis, consultas externas e internado de hospitalización.

El segundo objetivo fue la reeducación profesional para poder obtener un trabajo tras la recuperación funcional de la lesión. Ya no era suficiente con el restablecimiento, se hacía imprescindible la vuelta al trabajo, a la sociedad del paciente. Así, se acondicionaron talleres-escuela para la enseñanza de oficios, pero durante la Guerra Civil sufrieron graves daños, y hasta 1958 no volvieron a ponerse de nuevo en funcionamiento (12). Según estadísticas de este centro la causa más frecuente de invalidez y por la que atendían mayor número de pacientes entre 16 y 12 años era la poliomielitis (14). Como veremos más adelante las epidemias de poliomielitis llegaron a la península ibérica a principios de la década de los años cincuenta, y dejaron tras de sí aparte de una numerosa cantidad de muertos, un mayor número de discapacitados e inválidos que se beneficiaron enormemente de los cuidados ofrecidos por la Rehabilitación. Finalmente, otra de las funciones del INRI era encargarse de ejercer una tutela social sobre los educandos.

El INRI sirvió por tanto para introducir un nuevo modo de cuidado al paciente, el tratamiento rehabilitador. Constituyó un centro en el que surgieron médicos pioneros que jugaron un papel relevante en la institución de la especialidad ya que se erigió como Climent ha señalado en “un núcleo de integración del colectivo profesional que decidió la institucionalización de la nueva actividad especializada” (15). Muchos de los médicos de este Centro tuvieron posteriormente

---

<sup>14</sup> Palacios Sánchez J. Op. Cit., p. 78.

<sup>15</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

altos cargos en el seno de la sociedad médica de Rehabilitación e incluso fueron los impulsores del reconocimiento oficial de la especialidad. La mayoría procedían de la Traumatología y de la Cirugía Ortopédica, pero compartían una mentalidad que se podía denominar “rehabilitadora”, porque consideraba que el tratamiento del paciente debía finalizar cuando se le capacitara para realizar sus actividades cotidianas y laborales.

Durante el periodo de la posguerra la actividad “rehabilitadora” en este centro decayó, centrándose en la actividad asistencial y asilar. A partir de los años 50 la situación comenzó a cambiar progresivamente como veremos. Por un lado, los avances de la actividad rehabilitadora internacional fueron introduciéndose en nuestro país, haciendo mella en el colectivo de médicos que comenzaron a agruparse en una naciente Sociedad de médicos dedicados a la Rehabilitación y a pedir el reconocimiento oficial de la especialidad médica, dándose a conocer al resto de médicos, al Estado y a la población general.

Pero además, como ya hemos señalado antes a finales de la década de los años cuarenta y principios de los cincuenta, surgió un aumento de la demanda social de Rehabilitación por la aparición de las epidemias de poliomielitis. Aparecía así un colectivo de pacientes numeroso que podían mejorar con la atención de este nuevo grupo de médicos. Durante la fase aguda de poliomielitis aparecían terribles complicaciones ortopédicas y respiratorias susceptibles de tratamiento precoz por parte de la Rehabilitación, además también ofrecían cuidados que tenían la finalidad de evitar las incapacitantes secuelas de la fase crónica, beneficiándose así del tratamiento reeducador. Y después ya en la fase crónica de secuelas las técnicas rehabilitadoras tenían su papel antes y después de las intervenciones quirúrgicas de finalidad reparadora.

Tras la Guerra Civil, en el periodo de la postguerra apareció la Ley de 14 de diciembre de 1942 implantando el Seguro Obligatorio de Enfermedad, dentro de un

---

sistema de protección social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (16). Este seguro protegía a los trabajadores económicamente débiles y a sus familias. Tenía una orientación reparadora y no preventiva, cubriendo la asistencia de medicina general y algunas especialidades quirúrgicas en régimen extrahospitalario, así como la prestación farmacéutica. Se financiaba mediante cuotas obligatorias aportadas por trabajadores y empresarios. Protegía en ese momento aproximadamente al 28% de la población (17).

Dos años después aparecía el decreto de 23 de diciembre de 1944 sobre las Bases para el Seguro total. En él se recogían las prestaciones del seguro en caso de muerte, vejez, enfermedades comunes o profesionales, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez y paro forzoso (18). Los supuestos de invalidez e incapacidad permanente para el trabajo, se establecían siempre que “fuera imposible o no se lograra la reeducación o readaptación profesional del productor en condiciones que le permitieran obtener una remuneración equivalente a la que habitualmente percibía”. De otro lado, solamente se protegía algo más de una cuarta parte de la población española, alrededor de siete millones de personas, porque la cobertura se limitaba a los trabajadores con salarios muy bajos y sus beneficiarios (19).

De otro lado, con una orientación tradicional de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y no de asistencia sanitaria curativa, lo que se conoce como Salud Pública, aparecía el 25 de noviembre de 1944, la ley de Bases de Sanidad Nacional (20). En esta ley se asignaba al Estado un papel complementario en el ámbito de la asistencia médica curativa. Se distribuyeron los servicios sanitarios en seis grupos dando especial relevancia a las Luchas Sanitarias contra la tuberculosis, reumatismo, cardiopatías, paludismo, cáncer y tracoma. También se desarrolló mucho la higiene, prevención y policía sanitaria mortuoria. En el aspecto

<sup>16</sup> Elola J. Sistemas de salud en España. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana DL, 1997; 861-878.

<sup>17</sup> Martín Sánchez A. *La necesaria reforma del Sistema Sanitario Español*. Madrid: Editorial Actas, 1996; p. 24.

<sup>18</sup> Decreto 23 diciembre 1944 (Mº Trabajo). SEGUROS. Bases para el seguro total. Boletín 13 enero (nº 13.)

<sup>19</sup> Porras Gallo MI. El camino hacia la instauración del seguro obligatorio de enfermedad. *El médico* 1998, 5-VI: 70-77.

<sup>20</sup> Álvarez Nebreda C. Op. Cit., p.141.



asistencial y en contraposición al SOE, con esta ley de Bases de Sanidad Nacional se orientaban fundamentalmente a las actividades preventivas, siendo la medicina privada la que proveía de servicios sanitarios, y dejaba al Estado la tarea de atender a la población más necesitada a través de la Beneficencia, y los Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales. Se constituyó así una red de hospitales generales, psiquiátricos y maternales superpuestos a los creados por el SOE, y también se desarrolló una red de consultorios locales en los municipios donde se ejercía la medicina general y actividades de “salud pública”.

A finales de la década de los años cuarenta coexistían como hemos visto cuatro sistemas de atención sanitaria. La Beneficencia encargada de dar asistencia sanitaria a los indigentes y personas sin recursos ni trabajo. La Sanidad Nacional a través de la normativa de 1944, gestionada por el Ministerio de la Gobernación a través de la DGS y orientada a los problemas relacionados con política sanitaria como la epidemiología, la profilaxis de enfermedades, la higiene pública, el tratamiento de las aguas y los residuos y una escasa asistencia sanitaria a través de los Ayuntamientos y Diputaciones. De otro lado también existía el SOE, gestionado por el INP, que se encargaba de dar cobertura sanitaria a una parte de la población. Por último, la medicina privada que era sólo accesible para las personas con mayores recursos económicos.

Como vemos ya estaba recogida la necesidad de Rehabilitación tras la invalidez con el objetivo de que el paciente volviera a producir en el mundo laboral como antes de la lesión. La recuperación de la capacidad de producción económica del inválido era uno de los argumentos más reiterados en la defensa de la necesidad de Rehabilitación.

## 4.2. Planteamiento de la lucha sanitaria contra la invalidez y los primeros pasos de la Seguridad Social en España

“Siendo las incapacidades en sus múltiples vertientes tan antiguas como la humanidad, la Rehabilitación es la más reciente actividad creada por la Medicina humana” (21).

El modelo médico asistencial del Estado antes de la introducción del sistema de la Seguridad Social, se basaba como ya hemos dicho, en la Beneficencia y en las llamadas luchas sanitarias. Con la llegada del siglo XX y los nuevos estallidos epidémicos se plantearon la necesidad de abordar las enfermedades infectocontagiosas no sólo desde el punto de vista microbiológico, sino también estudiando las repercusiones de las condiciones económicas y culturales, y del ambiente social en el que esos hombres se desenvolvían (22). Con ello nacía la Medicina Social o Higiene social, en el ámbito de las relaciones de la salud con los factores sociales (23,24). Este contexto podía favorecer el hecho de que la Rehabilitación adquiriera una mayor importancia, ya que desde este punto de vista de la medicina social la función del médico era reintegrar al enfermo a la sociedad, y la función primordial del médico rehabilitador era ésta. Una de las características más definitorias de la Medicina Social fue intervenir directa y masivamente en el medio social y familiar a través de las campañas sanitarias. Surgieron en torno a las epidemias de mayor incidencia y fueron piezas clave en las políticas sanitarias de todos los países industrializados.

Cuando surgía un problema sanitario específico el Estado organizaba una campaña de lucha contra el problema, estructurándose en forma de Patronatos de

---

<sup>21</sup> Sales-Vázquez R. Los factores psico-bio-sociales de la invalidez. En: Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 76.

<sup>22</sup> González de Pablo A. Los modelos históricos del cuidado de la Salud. *El médico* 1999; 708: 70-78.

<sup>23</sup> Rodríguez Ocaña E. *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

<sup>24</sup> Bachiller Baeza, Á. *La Medicina Social en España (El Instituto de Reeducción y la Clínica del Trabajo 1922-1937)*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1985.

carácter estatal (22). Así surgieron la lucha contra el cáncer (25), la lucha antituberculosa (26) o la lucha antipoliomielítica (27).

Junto a la ley de Bases para el Seguro total y de la Sanidad Nacional de 1944, otro elemento destacado en el ámbito internacional que tuvo repercusión en la consolidación de la Rehabilitación en España, fueron los acontecimientos que ocurrieron en EEUU. Tras las dos Guerras Mundiales el número de soldados inválidos propició que se fomentara el trabajo de un grupo de profesionales en el campo de la recuperación y la posterior readaptación laboral de estas personas. Howard Rusk, a finales de la década de los cuarenta, cristalizó el objetivo de la Rehabilitación en la recuperación o readaptación de las actividades perdidas a causa de la enfermedad, conociéndose como la tercera fase de la medicina. Así en EEUU se comenzaron a crear centros de Rehabilitación para tratar en un principio a estos soldados inválidos y readaptarles al mundo laboral y social, y posteriormente se fue ampliando para dar asistencia a toda la población (28).

Paralelamente en Europa se creaba la *Federación Internacional de Medicina Física*, en 1950, que agrupaba a todos los médicos que se dedicaban a los procedimientos terapéuticos físicos más clásicos, segregados de las especialidades radiológicas, constituyendo así la primera sociedad científica internacional de la disciplina (12).

También se creó la *Sociedad Internacional para la protección de Inválidos* (29). Era una federación mundial de organización voluntaria de 51 países, dedicada a mejorar los servicios para los niños y adultos incapacitados físicamente. Incluía aspectos médicos, sociales, vocacionales y educacionales de la Rehabilitación y su fin era ayudar a cualquier individuo lisiado a llevar una vida útil y digna. Esta

<sup>25</sup> Medina Doménech RM. ¿Curar el cáncer?. Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX. Granada: Universidad de Granada, 1996.

<sup>26</sup> Molero Mesa J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis* 1994; 14:199-225.

<sup>27</sup> Orden 4 agosto 1947 (M.º Gob., B.O. 14). Centros de lucha contra la poliomielitis. 18943.

<sup>28</sup> Kessler H. Concepto de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 5-12.

<sup>29</sup> Información. Sociedad internacional para la protección de Inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II: 81-83.

sociedad cambió de nombre posteriormente llamándose *Sociedad internacional para la Rehabilitación de Inválidos*.

A pesar de la situación de aislamiento científico que sufría nuestro país en esta época, estas ideas y propuestas sobre la necesidad de atención a los inválidos que acabamos de señalar dieron un nuevo empuje y auge a la actividad rehabilitadora de España.

El colectivo de inválidos era cada vez más numeroso. Los avances tecnológicos médicos aumentaban la supervivencia de pacientes pero en ocasiones quedaban con severas secuelas que exigían un tratamiento de readaptación de por vida. En el campo de la industria, los logros tecnológicos en maquinaria ocasionaban un elevado número de accidentes laborales, en muchos de los cuales el trabajador quedaba incapacitado permanente o temporalmente para ejercer su trabajo. El auge en los medios de transporte también traía consigo un aumento en la morbilidad, siendo necesaria la asistencia para conseguir su recuperación funcional tras la lesión. Estos motivos, entre otros ya comentados en el capítulo anterior, obligaron al Estado a intentar dar una solución a todo este colectivo de población que originaba problemas sociales y económicos como hemos visto previamente. Una situación como ésta, condujo a que desde el Estado se elaboraran medidas legislativas al respecto. Así, el 6 de Junio de 1949, el Ministerio de la Gobernación publicó un decreto en el que establecía la Lucha Sanitaria contra la Invalidez (30). En dicho decreto el Estado justificaba la necesidad de esta lucha por el gran número de inválidos existente, que con un tratamiento inmediato y vigilancia podían ser recuperados proporcionando mayor bienestar económico a la nación y a su propia familia. La ley por tanto, potenciaba uno de los argumentos fundamentales que tenía que ver con las consecuencias sociales y económicas que ocasionaba el inválido.

En el capítulo anterior sobre los argumentos que condicionaron la aparición de la Rehabilitación en España, se exponía que la recuperación de este grupo de inválidos proporcionaba beneficios al propio inválido. Estos se podían valorar tanto desde un punto de vista físico como psicológico, al permitirle ser independiente en sus actividades cotidianas y también poderse sentir útil a la sociedad o a su familia.

---

<sup>30</sup> Decreto 6 Junio 1949 (M.º Gobernación). Lucha contra la invalidez. Establecimiento. 908.

Pero también, se señalaba que esta recuperación del inválido influía favorablemente en la familia, porque no tenía que soportar el esfuerzo económico, los gastos derivados de la enfermedad o la pérdida de ingresos al no poder trabajar. En algunos casos la familia debía de afrontar un esfuerzo físico importante cuando el inválido requería ayuda física, e incluso un sufrimiento psicológico, que podían ocasionar estas personas cuya vida se había sesgado por un accidente o una enfermedad. También la Rehabilitación aportaba beneficio al Estado ya que se disminuía la enorme carga económica que suponía esta población de inválidos, cuando se les conseguía readaptar a su antiguo o a un nuevo puesto de trabajo.

Los argumentos que exponían los médicos fueron los que posteriormente se plasmaron en el decreto. Ya hemos visto cuales eran los objetivos y fines que perseguía la OMS, en el campo de la Rehabilitación. En España, los propósitos primordiales que planteaba este colectivo de médicos en la lucha contra la invalidez, eran en líneas generales muy parecidos (50).

En primer lugar, consideraban que se debía de tener una visión de conjunto del problema en sus aspectos estadísticos y etiológicos. Para ello era necesario hacer un censo detallado de todos los inválidos vistos en las consultas hospitalarias y externas, realizando un cuestionario detallado sobre su situación funcional y las causas que lo habían originado.

Argumentaban que era imprescindible desarrollar la profilaxis y el tratamiento precoz de las afecciones invalidantes por parte de los organismos sanitarios pertinentes. Por ejemplo, tener una vacuna eficaz contra la poliomielitis disminuiría el número de afectados de la enfermedad con lo que se disminuiría la necesidad de tratamiento en la fase aguda y también se reduciría el importante número de inválidos que aparecían en la fase crónica de la poliomielitis. A su vez, tras el establecimiento de la enfermedad gracias a un tratamiento precoz de la misma, ya fuera etiológico si era posible, o bien sintomático como en el caso de la poliomielitis, podrían disminuir el número de invalideces posteriores, al evitar sobre todo las retracciones musculotendinosas y articulares.

De otro lado, también denunciaban que la rehabilitación no era suficientemente conocida, no sólo por la población no sanitaria, sino también entre el

personal sanitario. Para subsanar esto, insistían en la necesidad de "convencer a todos de la importancia de la readaptación en la concepción moderna, y obtener y conseguir que las enfermedades adquiridas sean precozmente estudiadas desde este punto de vista" (31). Igualmente al ser la Rehabilitación era una nueva disciplina que estaba iniciándose, era necesario que se acompañara de la creación de un número suficiente de servicios de readaptación funcional, para poder atender al creciente número de inválidos.

Se exponía que era necesario contar con los recursos suficientes para proporcionar a toda la población medios de tratamiento tras un traumatismo o enfermedad grave, y no reservarse éstos para un colectivo determinado. Recordamos que inicialmente la asistencia rehabilitadora atendía casi exclusivamente a la población laboral.

También destacaban que ante cada inválido resultaba imprescindible realizar un balance preciso para poder clasificarlo como inválido grave, o como inválido que podía ser reintegrado al trabajo. Entre ambos extremos estarían los casos difíciles y discutibles en los que la paciencia y el tiempo solucionarían el problema, decantándose hacia la reintegración o hacia la no recuperación y la subsiguiente ayuda perpetua.

Además, este colectivo de médicos consideraba que dada la importancia de la reintegración laboral del lesionado eran necesarios centros de clasificación profesional, escuelas y centros de aprendizaje funcional, con regímenes de internado, externado simple o externado con casa vecinal para los enfermos. Con la finalidad de readaptarle a su antiguo puesto de trabajo o bien enseñarle otro nuevo.

Y por último, estaba la cuestión de la colocación del inválido: por un lado se encontraban con el convencimiento del inválido y del Estado de su reinserción laboral y el beneficio que así aportaba a la Sociedad. Pero por otro lado, la actitud que existía por parte de empresarios era reacia y además había que tener en cuenta la falta de regulación legal sobre este tema.

---

<sup>31</sup> Bosch Marín. Op. Cit., p. 10.

Debido a la inexistencia de un instrumento técnico administrativo capaz de articular esta lucha sanitaria, se aconsejaba la creación de un Patronato Nacional Coordinador de la Lucha contra la Invalidez que estaría presidido por el Ministro de la Gobernación, quien podría delegar en el subsecretario de la Gobernación. El resto de integrantes del Patronato serían: el director general de Enseñanza Profesional y Técnica, el director del INRI, un catedrático de la Facultad de Medicina, el director del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, el secretario general del patronato Nacional Antituberculoso, un médico del Servicio de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad, un médico por las Ordenes religiosas que se dedicaban a la asistencia de inválidos, un representante propuesto por la Sociedad Española de Cirugía, Ortopedia y Traumatología y por parte del Ministerio de la Gobernación habría cuatro vocales que designaría este ministerio. El secretario del Patronato sería un médico del Cuerpo de Sanidad Nacional.

Conviene destacar que todo el colectivo de médicos que se ocupaban de los inválidos estaba ampliamente representado. Pero el grupo de médicos que se dedicaban más específicamente a la recuperación funcional, no tenían un órgano de expresión específico y en esta época estaban incluidos dentro de la Sociedad de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, que como hemos visto tenía representación en el Patronato Nacional.

Los fines del este Patronato eran expuestos en el artículo 3º del citado decreto. En él se planteaba que los objetivos del mismo serían:

- a) conocer la amplitud del problema, recoger estadísticas y proponer a la Superioridad las resoluciones que estime oportunas.
- b) orientar y organizar la asistencia de inválidos en Centros especializados.
- c) coordinar la labor de cuantos Centros públicos y privados dediquen sus actividades a los fines de esta Lucha, evitando la duplicidad de servicios y ejerciendo una vigilancia directa sobre los mismos.
- d) impulsar e intervenir en la construcción de los aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento de los inválidos.
- e) colaborar con los servicios dependientes de otros Ministerios para la reeducación y colocación de inválidos.
- f) coordinar con el Seguro de Enfermedad la asistencia en casos de invalidez.

Al analizar los fines del Patronato nos llama la atención que el Estado reconocía que el problema de la invalidez adquiriría cada vez más importancia respecto a otros como la sífilis o la tuberculosis que comenzaban disminuir. Además

su número iba en aumento, por eso preveía la necesidad de recoger estadísticas y cuantificar la magnitud del problema, ya que hasta entonces no se conocía el número de inválidos existentes. También se destacaba el hecho de que el colectivo de inválidos tenía unos problemas peculiares que precisaban su asistencia en Centros especializados para este fin. Las salas de fisioterapia, de hidroterapia, de terapia ocupacional, imprescindibles para el tratamiento de estos enfermos, no se encontraban en los Centros de asistencia habituales, por lo que era necesario la creación y organización de estos Centros especializados. También se consideraba prioritaria, la necesidad de fomentar el desarrollo de mejoras tecnológicas como el caso de los aparatos ortopédicos imprescindibles en muchos de los pacientes inválidos. Los médicos especializados eran los encargados de prescribir, chequear y modificar el uso de estos aparatos, ortesis o prótesis. También este hecho favorecería la consolidación de la figura del técnico de prótesis y ortesis.

Por último, también hay que destacar, el hecho de que Ministerio de la Gobernación consideraba necesaria la intervención de otros ministerios para conseguir la reeducación y colocación de inválidos, y no limitarlo exclusivamente al ámbito sanitario. Es decir, no sólo era obligación del Estado poner al inválido en la mejor capacidad funcional posible, mediante la asistencia médica, sino también era necesario reeducarle para un nuevo puesto laboral que pudiera desempeñar con las capacidades residuales que le quedaran tras la lesión. Y además, después de este aprendizaje laboral debía de ayudarle para conseguir un nuevo puesto laboral, pero todavía no se regulaba legalmente esta obligación de proporcionar un puesto de trabajo. Por todo esto se preveía que era necesaria la participación de otros ministerios a parte del encargado a los cuidados asistenciales.

En resumen, se consideraba obligación del Estado dar al inválido la asistencia médica hasta el límite de sus posibilidades y después, mediante los cuidados rehabilitadores llevarle al máximo de su recuperación funcional. Pero no acababan aquí las exigencias para con el Estado, éste también debía de adaptarle a su antiguo trabajo o readaptarle para que pudiera desempeñar uno nuevo, y después debía de proporcionarle un empleo.



A pesar de esta voluntad derivada del Decreto, de todas las propuestas sólo se logró la creación del Dispensario Central de Lucha contra la Invalidez (32). Se instaló en unas habitaciones cedidas por el Sanatorio Antituberculoso, situado en la calle Maudes de Madrid, con un presupuesto del Estado de cien mil pesetas para todos los gastos ocasionados por esta Lucha contra la Invalidez. El patronato sólo se reunió dos veces y la sección de Lucha contra la Invalidez, dentro de la Dirección General de Sanidad ni siquiera llegó a constituirse.

Todavía habría que esperar varios años para que surgieran iniciativas de mayor envergadura para la asistencia de los inválidos, aunque poco a poco se fue avanzando en su recuperación y readaptación. Una de las más destacadas fue la instalación en 1955, en el Hospital San Carlos de un departamento de Fisioterapia y, señalamos que según Martín Lagos, la formación de su personal se desarrolló en el extranjero (33).

#### **4.3. Establecimiento de la lucha sanitaria:**

##### **Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos y otras iniciativas.**

En la primavera de 1956, a petición del Estado español, vinieron expertos en rehabilitación de la OMS con el fin de asesorar mejor al Gobierno con vistas a la puesta en marcha lo más rápidamente posible de un programa nacional de rehabilitación (32). Parece ser que el informe se publicó en 1957 y en el mismo se sugirieron algunas innovaciones. Entre ellas destacaba en primer lugar, el consejo del comité de expertos respecto al cambio de nombre del Patronato. Argumentaban que en el ámbito mundial, con ideas y prácticas más avanzadas, ya no se hablaba de lucha contra la invalidez, sino de rehabilitación de los discapacitados, por lo que el 28 de

---

<sup>32</sup> González Sánchez C. *Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1970; LXXXVII: 1-31.

<sup>33</sup> Martín Lagos. Discusión de la comunicación "*Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*" Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1970; LXXXVII: 33-44.

junio de 1957 se creó el nuevo *Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos* (34).

También se aconsejaba la adscripción de los Sanatorios Marítimos Nacionales a la nueva asistencia médica a los inválidos. Estos centros fueron creados en la lucha antituberculosa y poco a poco iban quedando vacíos al disminuir la prevalencia de la tuberculosis. Las instalaciones y el personal de estos Sanatorios podría dedicarse específicamente a este nuevo grupo de pacientes que requerían unos cuidados y un tratamiento específicos (32).

Estos expertos aconsejaban que era necesario la creación de un sistema de formación para médicos y personal paramédico, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en esta nueva disciplina (32). Como vemos que la OMS fomentaba la Rehabilitación como una especialidad médica aparte que necesitaba por parte del personal dedicado a ella unos conocimientos específicos, por lo que así se escindía de la Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Según Piga, este comité de expertos recomendaba que se hiciera en España, lo mismo que los médicos españoles habían recomendado ocho años antes en la Memoria de la Lucha contra la Invalidez (35). Según este autor, a esos expertos se les dio una visión inexacta y deformada del problema de la rehabilitación, se les hizo creer que no existía personal capacitado y que no se disponía de programas de actuación, cuando lo único que se necesitaba eran los medios económicos para poner en marcha el plan descrito en el Decreto del 6/6/49. A juicio de Piga, la actuación de los expertos sirvió sobre todo para despertar el interés de los medios oficiales por la rehabilitación. Finalmente se actualizó el Patronato anterior y se dio entrada a algunas organizaciones no gubernamentales nacidas en esa época como la Asociación Nacional de Inválidos Civiles, dando así un paso más en el intento de modificar la situación de los inválidos.

---

<sup>34</sup> Decreto 28 de junio 1957 (Mº. Gob. B.O. 13 julio, R. 963). Creación del patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos.

<sup>35</sup> Piga. Bases y proyecto de un servicio de rehabilitación y valoración de lesionados en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. En: Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 317-324.

Las diferencias que aportaba el nuevo *Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos* estaban referidas (36) aparte del cambio de nombre a la necesidad de conseguir la “recuperación social y laboral de los lisiados”, formar al personal dedicado a la asistencia, y la obligación de establecer relaciones, intercambio y cooperación con Organismos específicos internacionales. El 11 de enero de 1960 se publicó la *Orden sobre el Reglamento del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos* (37).

Se continuaba aconsejando que dada la magnitud del problema y las dificultades económicas para crear centros especializado y tratar a los inválidos, se utilizasen no sólo los escasos centros especializados sino que también los dispensarios, clínicas y servicios hospitalarios generales.

En segundo lugar se matizaba que se debía coordinar con el Seguro de Enfermedad la asistencia médica y la recuperación social y laboral de los “lisiados”. Este hecho era novedoso, ya que en el anterior decreto se mencionaba la asistencia médica, pero no se aludía expresamente a la necesidad de que el inválido se integrara a su familia y a la sociedad.

También se consideraba prioritario en el nuevo Decreto, fomentar la organización de Centros de estudio para los problemas sociales que planteaba la invalidez y la formación del personal encargado de la asistencia social. Constituye una de las primeras informaciones oficiales, en el que se consideraba la necesidad de abordar los problemas sociales que acarreaba la invalidez y la urgencia de formar profesionales en este campo.

Por último, el citado Decreto también señalaba expresamente la obligación de establecer relaciones de intercambio y cooperación con los Organismos internacionales específicos en la materia, para adquirir nuevos conocimientos y formar profesionales fundamentalmente.

Merece la pena destacar la denuncia de los médicos rehabilitadores, en su órgano de expresión, la revista *Acta Fisioterápica Ibérica*, sobre el hecho de que en la constitución del Patronato de Rehabilitación, no se incluyera a ningún

<sup>36</sup> Decreto 28 de junio 1957 (Mº. Gob. B.O. 13 julio, R. 963). Creación del patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos.

<sup>37</sup> Orden 11 enero 1960 (Mº Gobernación). Patronato de Rehabilitación y recuperación de inválidos. Reglamento. Boletín 3 febrero 1960 (núm. 29).

representante de la recién nacida Sociedad de este colectivo de médicos que se dedicaban a tratar a los inválidos, los futuros rehabilitadores. Este hecho molestó de modo claro a la sociedad, increpando a la Dirección de Sanidad por no haber incluido ningún representante y este evento quedó reflejado en una publicación de su revista, pero parece que resultó fructífero (38).

A pesar de todas las iniciativas en mejorar la atención a los inválidos, al parecer de Pigá en 1957, hasta ese momento era poco lo que se había hecho, y consideraba necesario que algunos centros de los que ya existían se pudiesen readaptar o mejorar en sus instalaciones para la lucha contra la invalidez. Como no se habían adscrito oficialmente los Sanatorios Marítimos, a pesar de la propuesta del comité de expertos de la OMS en ese sentido, se sugería el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo con este fin, ya que al disponer en sus instalaciones de un servicio de fisioterapeuta, gimnástica, audiología, etc., podía, según Piga, con poco esfuerzo ampliarlo para cubrir todos los aspectos necesarios (35).

Estamos viendo de forma repetida que hay un intento continuo de modificar la situación de los inválidos, ya sea desde el Estado, desde el colectivo médico o desde los propios afectados. Así, el 29 de noviembre de 1958, surgió otra iniciativa no estatal y por Orden del Ministerio de la Gobernación, se autorizaba la constitución de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (39,40). En las bases de la Orden citada se exponía que podían pertenecer a dicha Asociación todos los inválidos que quisieran, con carácter nacional, aunque podrían constituirse Delegaciones provinciales. Llama la atención el hecho de que el presidente de la Asociación Nacional debería ser nombrado a propuesta del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, vinculándose así directamente esta Asociación y el Patronato. Los medios económicos con los que contaría la Asociación derivaban de las cuotas de sus asociados, de los donativos y legados que podía recibir y de las

---

<sup>38</sup> Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 91-94.

<sup>39</sup> Asociación Nacional de Inválidos Civiles. Constitución. Orden 29 noviembre 1958. (Mº Gobernación 2021).

<sup>40</sup> Oñorbe Garbayo M. *Invalidez y Rehabilitación*. Madrid: Servicio de Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, 1963.

subvenciones del Estado y demás organismos públicos o paraestatales. Los fines de esta asociación se encuentran descritos en la tabla siguiente, tal y como aparecían expuestos en la orden del 29 de noviembre de 1958.

<b>Fines de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC).</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer de los problemas económicos, sociales y morales de los inválidos.</li> <li>2. Colaborar en la colocación de los inválidos recuperados</li> <li>3. Incorporar a los inválidos a la vida social a través de la cultura, las artes y el deporte.</li> <li>4. Cooperar con la Dirección General de Beneficencia en la asistencia de los inválidos permanentes, absolutos e indigentes.</li> </ol>

Los fines de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles eran por tanto, muy similares a los del Patronato de Rehabilitación. Se incidía en la necesidad de considerar al inválido no sólo desde el plano físico sino en su conjunto, exponiendo sus problemas económicos, sociales y morales. Se reflexionaba que era prioritario favorecer la incorporación del inválido a la vida social a través de la cultura, las artes y el deporte, para su mejora espiritual y física. El trabajo continuaba siendo objeto de especial interés. Así, la Asociación debía procurar la colocación de los inválidos debidamente capacitados en las empresas y servicios públicos o privados, y para ello era la encargada de instar a los organismos laborales y sindicales competentes a que establecieran las disposiciones adecuadas.

Además, junto con la Organización Sindical y con el Ministerio de Trabajo, debían crear oficinas especializadas para conseguir empleo de los inválidos recuperados. En dichas oficinas se proporcionaría información sobre temas laborales como por ejemplo los tipos de salario que se podían percibir en el periodo de aprendizaje, en jornadas parciales, etc.

Desde el punto de vista económico, la Asociación también debía hacer un esfuerzo y cooperar, no sólo en la asistencia, sino también en el sostenimiento económico de los inválidos permanentes absolutos, y también como señalaba textualmente la Orden, en el caso de los “indigentes”.

Entre las realizaciones de la ANIC, figuraron una fábrica de damasquinados en Toledo y otra de productos de artesanía de asta en Madrid (41). También y de mayor transcendencia social, fue el Centro de Formación Profesional que la Asociación dirigió en Madrid en conexión con el Ministerio de Trabajo. Aquí se formaban técnicos en radio y televisión, y en ortopedia mecánica. Parece ser que la mayor parte de los alumnos inválidos que superaban el curso conseguían un nuevo empleo, obteniendo así una completa readaptación laboral.

Pero junto a estas propuestas estatales y civiles, aparecieron algunas de características especiales como la del Sanatorio Nacional de Trillo, con la finalidad de desarrollar un programa de rehabilitación socio-laboral en la población sanatorial Hanseniana (42). Pretendían que el enfermo de lepra ingresado se considerase como *trabajador en activo* y recibiera por parte del Estado una prestación económica que tendría el carácter de indemnización o beca para la formación profesional y que la cuantía se fijaría de acuerdo con los sindicatos según las horas de trabajo rendidas. En este centro, además de los servicios técnicos existentes sería necesario integrar los servicios que constituirían los Programas de Rehabilitación, como fisioterapeuta, ergoterapia, test de valoración psíquica, de orientación profesional y vocacional, así como de formación básica cultural.

Proponían que el Equipo técnico estuviera constituido por una plantilla bastante numerosa: un Médico-Director, un equipo de médicos residentes constituido por un médico-jefe y dos médicos becarios, un farmacéutico-jefe de laboratorio, un especialista dermatólogo, un especialista oftalmólogo, un equipo de traumatología y ortopedia (con un jefe médico experto en cirugía de recuperación), un odontólogo, tres auxiliares en Medicina y Cirugía, un fisioterapeuta, un delegado laboral, un profesor de primera enseñanza, un técnico de orientación profesional, un monitor

---

<sup>41</sup> Parreño Rodríguez J. Rehabilitación I. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 25-62.

industrial, un monitor agrícola y un grupo de monitores de diversas actividades laborales.

Junto a estos recursos humanos, se proponía crear una zona tipo colonia de oficios protegidos, para los grandes inválidos cuya capacidad laboral les impedía obtener un rendimiento económico óptimo, pero no obstante con esta medida se intentaba una readaptación laboral.

También seguía en pie la propuesta de aprovechar otros Sanatorios Marítimos surgidos a principios de siglo y pertenecientes a la Lucha Antituberculosa como eran los de Malvarrosa en Valencia, Torremolinos en Málaga, Oza en La Coruña y Pedrosa en Santander, para así ocupar las camas que iban quedando vacantes ante la disminución de la tuberculosis osteoarticular (43). Concretamente desde Santander, con Pedrosa y Valdecilla, se proponía ser el Centro Piloto Regional, no sólo de tratamiento, sino también de formación del personal especializado en este campo de la reeducación. Para ello pedían ayuda económica, con el objeto de poder realizar las instalaciones precisas como gimnasios, piscinas e aparataje.

En este estado de la situación, se produce un hecho muy importante en 1959. Es entonces cuando se veía cristalizada la preocupación por la formación de corte más especializada para estos profesionales, y se organizaba el primer curso intensivo de tres meses para los médicos de los sanatorios marítimos Antituberculosos, ya que prácticamente vacíos de pacientes, se iban a transformar fundamentalmente en hospitales de recuperación de niños inválidos por parálisis infantil (33).

Abundando en este sentido, vemos como los párrafos anteriores nos reflejaban el interés en la asistencia médica rehabilitadora, tanto en el ámbito médico como en el administrativo. Como ya hemos visto se trataba de un tema candente, otra prueba de ello fue la celebración el 27 y 28 de marzo de 1958, en Madrid del primer Symposium médico social del Instituto Nacional de Previsión en el que el tema a

---

<sup>42</sup> Such Sanchís. El Sanatorio Nacional de Trillo como centro de Rehabilitación social-laboral. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 347-349.

<sup>43</sup> De la Sierra Cano L. Formación del personal auxiliar para la reeducación en los Centros de Rehabilitación del Inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 329-340.

debate era la Rehabilitación (44). Lamas comenzaba el libro resumen del Symposium señalando que

“la Seguridad Social en su lucha sanitaria, debe comprender no sólo la medicina curativa y preventiva, sino también la rehabilitación moral y material de aquellos a quienes una enfermedad invalidó parcialmente y deben adaptarse a un nuevo trabajo y empleo” (45).

Así la Seguridad Social estaría realizando una verdadera Medicina Social. Lamas justificaba la organización estatal del Symposium diciendo:

“Los Seguros Sociales en España realizan únicamente una Medicina asistencial simple, no es todavía una Medicina Social (...) pero antes de iniciar una nueva etapa la prudencia aconseja que los doctos indiquen qué es lo mejor, por qué es lo mejor y cuál es el mejor modo de realizarlo (...) esta es la razón de este primer Symposium. Se han requerido médicos, sociólogos, juristas y técnicos de la Seguridad Social” (45).

Lamas continuaba diciendo:

"De lo que se trata es de reintegrar al hombre que ha estado enfermo en su vida personal, familiar y laboral en las máximas condiciones de vitalidad, deberá, por tanto estudiarse lo que atañe al propio paciente, a la recuperación de la confianza en sí mismo, a su restauración funcional, a la adaptación a una nueva situación en su trabajo y a su reintegración social" (46).

Vemos que se volvía insistir sobre el actual concepto de rehabilitación integral de la persona, en el que la rehabilitación rebasaba el ámbito de lo físico para llegar a aspectos sociales, profesionales y económicos.

El proceso de la rehabilitación estaba imbricado con los Seguros Sociales de enfermedad, accidentes, invalidez, enfermedades profesionales y vejez (47,48). Conviene destacar que esta cobertura dada a los inválidos, sólo cubría a los

---

<sup>44</sup> Lamas. La sesión inaugural. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:13-18.

<sup>45</sup> Lamas. Op. Cit., p.13.

<sup>46</sup> Lamas. op. Cit. p. 14.

<sup>47</sup> Aznar López M. La acción administrativa en favor de los minusválidos. *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975;1: 5-17.

<sup>48</sup> Aznar López M. La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social Española (I). *Boletín Estudios y Documentación del SEREM* 1977;7: 21-34.



trabajadores afiliados al Ministerio de Trabajo. Sin embargo, los inválidos también estaban presentes en un número importante en otros grupos de población, familiares, y otras personas no cubiertas por los seguros sociales. Todavía en 1970 se denunciaba que este colectivo estaba injustamente discriminado en este sentido (49).

Cuando se hablaba de readaptación de inválidos, se tenía en cuenta que había que tratar al paciente en su totalidad, resolviendo a la vez problemas médicos, psicológicos y sociales. Esto traía consigo que en el plan de acción debía existir un equipo de profesionales que colaborara estrechamente. Este equipo debería estar formado por personal de los servicios médicos y de educación, de los servicios sociales y de formación profesional, del sistema nacional de seguro de enfermedad y de Previsión social (50).

El éxito del programa de readaptación no sólo exigía la colaboración del cuerpo sanitario (médicos, enfermeras, personal auxiliar), sino también de asistentes sociales, enfermeras visitadoras, funcionarios del servicio de colocación de inválidos, dirigentes de Sindicatos y los representantes de la industria.

Además se consideraba necesario una "opinión pública ilustrada" para que adoptara una actitud adecuada en relación con la invalidez física y la readaptación: laboral, social y familiar. También se insistía en la necesidad de coordinar todos los servicios de readaptación que se ofrecían en la nación con el fin de no duplicar asistencia como veremos con más detalle posteriormente (50).

Al igual que en España, en el ámbito internacional se prestaba especial atención a los inválidos. En esta época, fue cuando la ONU estaba elaborando un programa internacional coordinado de readaptación de inválidos (50). La OMS publicaba en este año su primer informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica (51). La OMS, como organización sanitaria intergubernamental única

<sup>49</sup> Piédrola Gil. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación". *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 49-52.

<sup>50</sup> Bosch Marín. Conferencia del Doctor Bosch Marín. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:19-46.

<sup>51</sup> *Comité de expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe*. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos; 1958, 158. Ginebra. OMS.

encargada de todas las cuestiones de salud, tuvo un importante peso en la administración y gestión sanitaria de todos los países.

La Rehabilitación médica constituía para la OMS la cuarta fase de la Medicina después del “mejoramiento” de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de ésta. Señalaba que la contribución de la Rehabilitación al logro de la salud era gracias a, por un lado, la prevención de alteraciones que aparecen en el curso de la enfermedad, como atrofas y anquilosis, y por otro, la ayuda que prestaba a los que sufrían un alteración imposible de corregir como la ceguera, y se trataba de conseguir el máximo grado de eficacia física, mental, social y profesional.

La OMS basó este programa en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Asamblea General de Naciones Unidas del año 1948 (52). En este artículo se señalaba que todas las personas tenían derecho a la asistencia médica, servicios sociales y seguros en caso de invalidez, además la maternidad y la infancia tenían derecho a cuidados y asistencias especiales.

En el informe de la OMS se insistía en que la Rehabilitación era una labor de conjunto y no de una sola especialidad o técnica. La Rehabilitación médica debía atender las alteraciones fisiológicas, pero también las pedagógicas, sociales y profesionales. También señalaba que la finalidad principal de la Rehabilitación médica era restablecer al impedido a su situación anterior y desarrollar al máximo sus funciones físicas y mentales.

Otro hecho destacado era que se comenzaba a incorporar una nueva terminología. Así, para la OMS *impedido* era la persona que presentaba una deficiencia médica diagnosticada que reducía su aptitud para hacer frente a las exigencias de la vida diaria. Mientras que el concepto de *incapaz o inválido* tenía una connotación laboral, ya que se definía como la persona que tenía mermada su aptitud para dedicarse a un trabajo remunerado.

Las ventajas que aportaba la Rehabilitación para la OMS eran fundamentalmente de tipo económico porque al abreviar el periodo de invalidez, se

---

<sup>52</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, *Los derechos Humanos*, Madrid: 1977, 41-44.

conseguía disminuir el gasto hospitalario, el importe de subsidios de enfermedad y pensiones y se contribuía a incorporar rápidamente al paciente al trabajo. Otros fines de la Rehabilitación médica para la OMS, se encuentran resumidos en la siguiente tabla.

<p><b>Fines de la Rehabilitación médica para la OMS.</b></p>
--------------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reintegrar al individuo a su antigua ocupación.</li> <li>2. Prepararle para otro empleo si no puede reintegrarse</li> <li>3. Devolver la confianza en sí mismo para realizar las Actividades de la Vida Diaria</li> <li>4. Restar la condición física del enfermo empleando métodos médicos, quirúrgicos y fisioterapia.</li> <li>5. Iniciar con rapidez el tratamiento para evitar los efectos perniciosos de la inmovilidad prolongada</li> <li>6. Tratar al individuo como un todo, ya que la finalidad es la reintegración de todas sus funciones en un conjunto total, eficaz y dinámico.</li> </ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vemos que entre los fines de la Rehabilitación médica para la OMS destacaba el hecho de que era necesario iniciar precozmente el tratamiento tras la lesión para evitar las consecuencias de la inactividad física prolongada. Este hecho, como ya hemos visto, lo describían algunos médicos diciendo que el tratamiento de Rehabilitación se iniciaba ya en el mismo quirófano. Se insistía reiteradamente en que uno de los objetivos primordiales era reintegrar al inválido a su antiguo puesto de trabajo y si esto no era posible se le debía enseñar y adaptarle a otro puesto compatible con su actual situación física. Se vuelve a recalcar que la finalidad de la Rehabilitación es la reintegración social, laboral y física del individuo a la sociedad.

El Patronato de Rehabilitación no daba los frutos deseados para lograr cumplir los objetivos para los que se creó. Por lo que en 1959, desde la Dirección de Sanidad, vista la poca eficacia del Patronato durante los dos años que llevaba funcionando, se decidió formar un nuevo equipo encargando la Secretaría General a

Pedro González, quien con un pequeño equipo formado por Oñorbe, como jefe de la sección de rehabilitación, Bosch Marín, como especialista en los problemas de rehabilitación infantil y a Cecilio González, como técnico en la materia, elaboraran un plan de trabajo. Entre los objetivos prioritarios se señaló la necesidad de organizar cursos de formación para el personal auxiliar y para capacitar como especialistas en rehabilitación a los médicos procedentes de una formación como cirujanos ortopédicos.

Vemos continuamente la preocupación de los organismos oficiales y de los propios profesionales en formar un colectivo de personal especializado. También se expresaba como perentoria la utilización de los cuatro Sanatorios Marítimos como centros de rehabilitación. Consideraban necesario realizar un censo de inválidos y de centros de rehabilitación. Vemos que los objetivos que propuso este nuevo equipo eran los mismos que los que conocíamos desde años antes, porque no acababan de llevarse a la práctica. También se organizó la Sección de Rehabilitación de la DGS (Dirección General de Sanidad) y se elaboró el Reglamento del Patronato.

Tras esta nueva organización del problema de los inválidos, se volvió a invitar a expertos de la OMS, que elogiaron el trabajo realizado y reanudaron la colaboración que se había retirado. Enviaron técnicos de grado medio (fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) para formar a nuestro personal, y concedieron becas para todo el personal para completar su formación en centros extranjeros (32).

A pesar de las propuestas de la OMS y de los pequeños avances realizados en la asistencia especializada, no fue sino hasta el 11 de Enero de 1960 cuando se publicó una orden del Ministerio de la Gobernación sobre el Reglamento del *Patronato de Recuperación y Rehabilitación de Inválidos* (53).

Los fines del nuevo Patronato eran los mismos que los que se señalaron en 1957. Se disponía que el Patronato contara con los recursos económicos derivados de los presupuestos del Estado, las subvenciones y los donativos de Entidades y

---

<sup>53</sup> Reglamento del Patronato de Recuperación y Rehabilitación de Inválidos. Orden 11 enero 1960 (Mº. Gob. BB.OO. 3 febrero, rect. el 16, R. 170 y 241).

particulares. Se organizaría en Comisiones Provinciales del Patronato que se encargarían de estimular la organización de Centros de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. También se debía confeccionar una estadística de los inválidos que existieran en cada provincia. Otra de sus funciones sería informar al Patronato de la creación de Centros o Servicios de Rehabilitación en Entidades oficiales o particulares. Y finalmente, también debería de efectuar la labor social necesaria para la recuperación económica del inválido. Sobre este último punto no especifica más, por lo que no sabemos si se refería al hecho de asignarle una pensión económica o bien ayudar al inválido a conseguir un puesto de trabajo que asegurara su situación económica.

Dada la creciente complejidad en el ámbito de la invalidez se recomendaba organizar distintas Secciones dentro del Patronato. Así se proponía establecer las siguientes secciones para dar una mayor operatividad.

La sección de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos del aparato locomotor. Este grupo era el que contaba con el mayor número de afectados, provenían tanto del mundo laboral como de accidentes y enfermedades.

También se consideraba la necesidad del estudio de los problemas de la Rehabilitación y Recuperación de Inválidos de los sistemas circulatorio, respiratorio y órganos de los sentidos.

La infancia físicamente disminuida, fue objeto de especial interés tal y como se recogía en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Aquí y en esta época el colectivo de niños afectados y con secuelas de poliomielitis constituiría un volumen de pacientes muy numeroso que incluso tuvo influencia en el desarrollo y consolidación de la Rehabilitación en nuestra patria, al igual que en otros países como Francia y EEUU.

Las cuestiones sociales como la colocación laboral y recuperación económica, fueron objeto de un extraordinario interés desde el punto de vista de la Rehabilitación como veremos más extensamente en los capítulos siguientes.

También se resaltaba la necesidad de establecer relaciones con otros organismos internacionales en materia de Rehabilitación. La invalidez era un tema de interés en el resto del mundo, con continuos avances, por lo que el Patronato

consideraba fundamental estar relacionado con el resto de los países para recibir información y avances de forma continuada.

En este contexto histórico, también se proponía una nueva organización de centros sanitarios (41). Se mantenía el Dispensario Central de Rehabilitación de Madrid, y se formaban dos jefaturas provinciales ubicadas en los Hospitales Clínicos de Barcelona y Valencia. Se anexionaban por fin los cuatro Sanatorios Marítimos Nacionales, Oza, Torremolinos, Pedrosa y Malvarrosa, y también se adscribieron los Centros antipoliomielíticos de Cádiz y del Hospital del Rey de Madrid. Así se creó, lo que Climent valoró como la primera red de asistencia oficial en el ámbito de la Rehabilitación médica (7).

Es importante recordar que la asistencia rehabilitadora estaba íntimamente relacionada con el mundo del trabajo, como en el caso antes mencionado del INRI. Por este motivo vamos a revisar la normativa legal en torno al trabajo y sus aspectos rehabilitadores, señalando los aspectos más destacados. Tenemos que destacar la existencia de bibliografía secundaria muy relevante en torno a la legislación de los accidentes del trabajo y la invalidez que nos ha ayudado en la comprensión de las normativas legislativas (54,55,56).

En 1956, el Ministerio de Trabajo promulgó la ley del Seguro de Accidentes del Trabajo, y su reglamento dedicaba la sección primera del capítulo VIII a la rehabilitación (57). Vamos a comentar los aspectos más relevantes en torno a la recuperación funcional y laboral de los trabajadores.

En el artículo 140 se disponía que los accidentados debían de ser sometidos a un tratamiento de rehabilitación, con el objetivo de conseguir la recuperación más completa posible de su capacidad funcional y profesional para el trabajo. La Caja Nacional de Seguro de Accidentes del trabajo era la encargada de aportar estos servicios especiales de rehabilitación dentro de su organización sanitaria.

---

<sup>54</sup> Del Peso y Calvo C. La protección legal del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional (1900-1967). Madrid, 1971.

<sup>55</sup> Bikkal, D. Las siete etapas de evolución del seguro de Accidentes de Trabajo. *Revista del Trabajo* 1963; 4: 51-65.

<sup>56</sup> Álvarez de la Rosa, J.M. *Invalidez permanente y Seguridad Social*, Madrid: Editorial Civitas, 1982.

<sup>57</sup> Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo. Decreto 22 junio 1956 (Mº Trab. BB.OO. 15 julio, rect. 3 sep).

En el artículo 142, se establecía que debía hacerse rehabilitación durante la asistencia sanitaria y como parte de la misma, para obtener una curación más eficaz y en un plazo más corto, para finalmente obtener una mayor aptitud para el trabajo.

En el artículo 143 se resaltaba que incluso después de dada el alta con incapacidad permanente, el paciente podía realizar la rehabilitación para suprimir o disminuir la incapacidad, o simplemente para mejorar su estado funcional y posteriormente, si venía al caso, revisar de nueva su incapacidad.

Esta ley supuso un avance importante porque el trabajador podía recibir una prestación rehabilitadora más continua y por lo tanto con mayores posibilidades de éxito, tanto en la fase aguda de su enfermedad como en la fase de secuelas. Vemos que se reconocía la necesidad y eficacia de la Rehabilitación en el ámbito laboral, desde un punto de vista legal.

En una normativa posterior, el Decreto del 13 de abril de 1961 sobre Aseguramiento de enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos, reconocía todavía como muy incompleta la reparación de las consecuencias de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que originaban una incapacidad para el trabajador (58). A pesar de lo expuesto en el artículo 143 de la ley de Accidentes del trabajo de 1956, los cuidados se limitaban a la asistencia sanitaria y a la indemnización económica, por lo que se establecía la necesidad de ampliar este concepto. Se consideraba necesaria la realización de una acción eficaz preventiva, y el desarrollo de las modernas técnicas de rehabilitación de los accidentados, a fin de reincorporarlos en la medida de lo posible a la población laboral activa. Este discurso sobre la necesidad de reincorporar al trabajo a los accidentados laborales tras su recuperación, entendiendo que era la rehabilitación la especialidad que aportaba las técnicas necesarias para este fin, estaba presente como hemos visto en el colectivo médico, y en concreto entre los médicos rehabilitadores muchos años antes. Como en muchas otras ocasiones, las leyes recogían las ideas que ya estaban presentes bastantes años antes en el discurso médico, en este caso entre los rehabilitadores.

---

<sup>58</sup> Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Decreto 13 abril 1961, nº 792/61 (Mº trabajo 762)

Los artículos 27 al 29 del citado decreto estaban dedicados exclusivamente a la Rehabilitación. En el artículo 27, se proponía que

“El Fondo compensador del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales dirigiera la instalación de servicios psicológicos y de orientación, selección y readaptación de postaccidentados del Seguro de Accidentes en general y de enfermos profesionales”.

En el artículo 28 del citado decreto del 13/4/61, se establecía que

“El trabajador accidentado o enfermo por afección profesional que no realizara adecuadamente o se negara a someterse a rehabilitación, podía ser suspendido de su percepción económica ya fuera por indemnización por incapacidad temporal o permanente, o bien ser sancionado con la disminución de ésta “(39).

En el artículo 29, señalaban que el paciente podía reincorporarse al trabajo aunque estuviera realizando tratamiento rehabilitador, si los médicos responsables lo autorizaban, y cobraría el salario normal aunque no cumpliera todo el horario laboral. La ley reflejaba la necesidad precoz e incentivada del trabajador a su puesto de trabajo.

Vemos como la atención legal a las personas con accidentes o enfermedades laborales, en teoría, les favorecía en todo momento. Desde un punto de vista económico les ayuda con las pensiones, y desde el punto de vista médico rehabilitador, les permitía continuar el tratamiento tras la obtención de la incapacidad. Pero siempre el objetivo final era la reincorporación del lesionado laboral a su trabajo. Sin embargo en los servicios de rehabilitación de los hospitales estatales, se desarrolló fundamentalmente la rehabilitación médica, y escasamente se abordó la fase de rehabilitación laboral.

Este hecho se puede extrapolar hasta nuestros días, porque en los servicios de Rehabilitación de la Seguridad Social todavía no desarrollan programas de reentrenamiento laboral, siendo fundamentalmente las Mutuas las encargadas de la Rehabilitación laboral.



Otro impulso importante en materia legislativa fue la llegada de la Ley de Bases de la Seguridad Social del 28 de diciembre de 1963, donde se regulaba la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en España (59). Hasta este momento no existía un denominador común en trono a la invalidez, existían distintos tipos de seguros para proteger a la población (48). De este modo, coexistían seguros de Accidentes de trabajo, con el Seguro obligatorio de vejez e invalidez, o el mutualismo laboral, o el Montepío del servicio doméstico o el seguro escolar.

En esta situación se hacía imprescindible la aparición de una ley que aunara los servicios del SOE y los de la Sanidad Nacional, con mucha frecuencia duplicados. Además se precisaba que se establecieran claramente unos objetivos asistenciales, se delimitara las responsabilidades en la gestión y se definieran las vías de financiación (8). Según Hidalgo de Caviedes, se operaba el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un sistema de Seguridad Social, ampliándose la atención a toda la población activa y a su familia u otras personas que tuviera a su cargo (60). Se cubría así al 53% de la población (17).

En el apartado I sobre la Justificación y directrices de la Ley, se exponía por qué es importante la asistencia de rehabilitación, insistiendo en sus aspectos sociales y económicos:

“Respecto de muy numerosas situaciones, los problemas más arduos y difíciles, y quizás por ello los menos abordados, comienzan cuando el siniestro ha concluido de surtir sus efectos inmediatos, dejando tras sí la secuela de una invalidez permanente. La recuperación física o fisiológica del inválido, cuando ésta es posible, y en otro caso, su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión, son objetivos a cumplir, tanto desde el punto de vista estrictamente humano e individual, devolviendo al inválido la conciencia de su dignidad personal y de su utilidad social, cuanto desde el punto de vista estrictamente económico al hacer posible su reincorporación al proceso productivo. No puede discutirse por ello que los costos de recuperación, por cuantiosos que puedan parecer, son ínfimos al lado del derroche de recursos humanos, sociales y económicos que implican el consentir situaciones permanentes de invalidez si éstas son corregibles” (61).

<sup>59</sup> Seguros Sociales. Bases de la Seguridad Social. Ley 28 diciembre 1963, núm. 193/63 (Jefatura del Estado).

<sup>60</sup> Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Madrid: Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 3-15.

<sup>61</sup> Seguros Sociales. Bases de la Seguridad Social. Op. Cit., p. 2282.

Uno de los ejes fundamentales de la reforma de la Ley de Seguridad Social fue la Rehabilitación con el objetivo final de que el inválido volviera al trabajo. En este caso la ley era el reflejo legal del discurso mantenido en la década de los cincuenta:

“La ley propone hacer uno de los ejes de la reforma que en ella se contiene: los servicios de recuperación y rehabilitación para trabajadores inválidos, concibiendo la propia recuperación en sentido amplio como un derecho y como un deber de la persona, baso aquel en el reconocimiento de su dignidad humana y de su potencial económico y fundado éste en el principio general de solidaridad nacional de esfuerzos. (...) los servicios de recuperación tratarán a toda costa de que el inválido vuelva a su antiguo trabajo o que adquiera la aptitud necesaria para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad reducida” (61).

Era necesario el desarrollo de un plan de recuperación del inválido atendiendo a las aptitudes y facultades residuales. Una de las preocupaciones principales de la Ley era potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadores, rehabilitadoras y reeducadoras. Por lo tanto dicho plan debía incluir aspectos médicos, de orientación profesional y de formación profesional. En el aspecto médico se legislaba que debía de comprender los tratamientos de rehabilitación funcional, Medicina Física y ergoterapia, que se llevarían a cabo en los servicios sanitarios de la Seguridad Social, en los concertados, o en las Mutuas Patronales si se trataba de accidentes o enfermedades profesionales. La asistencia sanitaria debía suministrar también a los inválidos las prótesis, aparatos ortopédicos y vehículos adecuados así como su renovación.

En cuanto a la asistencia hospitalaria rehabilitadora, en cumplimiento de las normas establecidas en la Ley de la Seguridad Social y siguiendo el plan preparado por el INP en 1965, se consiguió dar un salto cualitativo y cuantitativo muy importante que iba a permitir que en unos años se pusiera en marcha. Se fue aumentando progresivamente el número de centros que proporcionaban asistencia rehabilitadora. Así se fueron instalaron cinco Centros en las Ciudades Sanitarias de Barcelona, Madrid, Oviedo, Sevilla y Valencia, más el servicio de parapléjicos de Toledo y el servicio de la Clínica de Puerta de Hierro de Madrid (32). Todas ellas debían de tener un pabellón específico llamado Centro de Rehabilitación y

Traumatología donde se aplicaba la asistencia quirúrgica y se desarrollaban los programas de Rehabilitación, a cargo de servicios individualizados y específicos. En ese momento el volumen de pacientes que se veían en las consultas de rehabilitación se dividía en ingresados con un número de camas instaladas de 1700, y los pacientes tratados ambulatoriamente en número superior al anterior aunque no disponemos de cifras (32).

También se incorporaron los cuatro sanatorios marítimos que el Patronato Nacional Antituberculosos dedicaba a la atención de las tuberculosis osteoarticulares y que se convirtieron en Sanatorios de Rehabilitación (39). Estaba también planeada la construcción de seis Centros más en las Ciudades Sanitarias de Bilbao, La Coruña, Granada, ampliación de Oviedo, Valladolid y Zaragoza. También estaba en proyecto la construcción de un Centro de paraplégicos en Almería, en conjunto eran otras 1700 camas más. Además estaba proyectada la creación de una red de 207 Centros para tratamientos ambulatorios, 49 primarios en las residencias sanitarias, 32 secundarios en ambulatorios y 126 terciarios también en ambulatorios (32).

A esto había que añadir los centros creados por toda España por las Mutuas Patronales para la rehabilitación de los accidentados del trabajo y las enfermedades profesionales (32).

También se disponía de servicios de Rehabilitación en otros centros resumidos en la tabla siguiente (39).

### **Otros servicios de Rehabilitación en España**

1. Facultades de Medicina: Madrid, Valencia, Sevilla y Zaragoza.
2. Madrid: Hospital del Rey, Provincial, Niño Jesús, Beata María Ana, Clínica de la Concepción.
3. Barcelona: Hospital Municipal, Hogares Mundet, Arcángel San Gabriel, San Pablo y Santa Cruz, Nuestra Señora del Sagrado Corazón, Hospital de San Lázaro.
4. Ministerio de Trabajo: Clínica Nacional de Trabajo de Madrid; Residencia para Rehabilitación de accidentados del trabajo en Oviedo.

Además de esta cobertura rehabilitadora de la Seguridad Social, se encontraban el ya conocido Instituto Nacional de Rehabilitación de Inválidos, dependiente del Ministerio de Educación, y los centros creados por Corporaciones oficiales como Diputaciones y Ayuntamientos, la Cruz Roja Española, ANIC, asociación de Ciegos y Ordenes religiosas, como la de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios. Esta Orden Religiosa disponía de 18 Centros Asistenciales que inicialmente atendían a enfermos con lesiones óseas y articulares, principalmente de causa tuberculosa y que paulatinamente comenzaron a desarrollar labor rehabilitadora. Por último también existían Centros privados dedicados especialmente a la atención de niños con parálisis cerebral.

Todos estos centros conformaban el panorama nacional de la rehabilitación en los años sesenta. Podemos ver que existían una amplio abanico de posibilidades en la asistencia rehabilitadora en esa época, desde la Seguridad Social a los centros privados pasando por las Mutuas Patronales para atender a los inválidos. Se había realizado por un fin una mejora asistencial muy importante en esta parcela de la Medicina y se había dado cobertura sanitaria a una parte de la población, la de los inválidos, que a lo largo del siglo XX había ido experimentando una progresiva mejora en la atención recibida.

No obstante en esa época, se denunciaba que a pesar de las magníficas instalaciones existentes la rehabilitación vocacional apenas si estaba esbozada, y era la rehabilitación médica la que se desarrollaba en estos centros (32). Actualmente pasa igual, casi exclusivamente las Mutuas Patronales son las que desarrollan la rehabilitación laboral con el fin de una reincorporación precoz del trabajador a su antiguo trabajo o a otro nuevo para el que se le ha adaptado.

En 1966, se dio un nuevo impulso al aparecer el Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social (62). En dicha ley se amplió el campo de aplicación de los seguros sociales a prácticamente toda la población española. En la sección 4ª del capítulo V, título I, Normas generales del sistema de la Seguridad

---

<sup>62</sup> Decreto 21 abril 1966, núm. 907/66 (Mº Trabajo). SEGUROS SOCIALES. Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social. B.O. Estado 22 abril 1966, nº 96.

Social, se disponía que el contenido de las ayudas a la reeducación y Rehabilitación de inválidos, consistía en:

“Tratamientos de recuperación fisiológica y funcional, procesos de readaptación, cursos especiales de formación profesional adecuados a las necesidades y aptitudes del inválido, así como, en su caso, medidas adicionales de empleo selectivo”.

Dentro del título II, Régimen General de la Seguridad Social, el capítulo VI se dedicaba a la invalidez. Pasaba revista al concepto y clases de invalidez desde un punto de vista legal y no médico. También se establecía el programa o plan de recuperación, “atendiendo a las aptitudes y facultades, edad, sexo y residencia del inválido, así como a su antigua ocupación y sus deseos razonables de promoción social, dentro siempre de las exigencias técnicas y profesionales”. En el caso de que se pudieran efectuar distintos planes o programas, el beneficiario tenía derecho a optar entre los mismos. El plan o programa incluía las siguientes prestaciones recuperadoras:

“a) Tratamiento sanitario adecuado, especialmente Rehabilitación funcional. Este tratamiento será el mismo de la asistencia sanitaria por enfermedad común y por accidente de trabajo o enfermedad profesional, y de un modo especial, comprenderán los de Rehabilitación funcional, medicina física y ergoterapia y cuantos otros se consideren necesarios para la recuperación del inválido. Los tratamientos sanitarios se prestarán en régimen ambulatorio o de internado, en los servicios sanitarios propios o concertados de la Seguridad Social, así como, en su caso, en los de las Mutual Patronales o empresas debidamente coordinados. En todo caso, los centros sanitarios privados que pretendan participar en la prestación de los tratamientos de Rehabilitación a que se refiere deberán ser reconocidos por el Ministerio de Trabajo, siempre que reúnan las condiciones adecuadas y en los términos que reglamentariamente se establezcan.

b) Orientación profesional se prestará al inválido recuperable al elaborar el plan o programa de recuperación durante los tratamientos sanitarios y al finalizar éstos. El beneficiario podrá solicitar, a la vista de los resultados obtenidos en los tratamientos, que se reconsidere el programa fijado en la parte relativa a su readaptación o recuperación profesional.

c) Formación profesional, se dispensará al inválido de acuerdo con la orientación profesional prestada (...) Los cursos de formación podrán ser realizados en los centros señalados al efecto, ya sean propios o concertados con la Organización Sindical, la Iglesia y

demás entidades públicas o privadas, o en las propias empresas de acuerdo con un contrato especial que se sujetará a las normas que se determinen.

Una vez cumplidos el plan o programa de recuperación el beneficiario, la Entidad Gestora o Mutua Patronal en su caso podrán instar la revisión de la incapacidad”.

Como vemos se exponía de una forma muy clara qué pasos se debían seguir para conseguir la recuperación del trabajador. Se pretendía un tratamiento de rehabilitación integral donde tuviera cabida tanto la medicina física como la ergoterapia o la fisioterapia. Posteriormente a esta recuperación de la función, podía ser necesaria la utilización de los servicios de orientación y formación profesional si se preveía que el paciente no podría reintegrarse a su antiguo puesto de trabajo.

A pesar de existir legislación con relación a los inválidos y su asistencia médica, cuando en 1968 se reunió el Comité de Expertos de la OMS en Ginebra y formulaba el segundo informe sobre Rehabilitación Médica, se exponía que las medidas tomadas no eran suficientes (63). Se destacaba que en bastantes países todavía no existían leyes que gobernarán la rehabilitación, con lo que el discapacitado no conocía sus obligaciones y derechos. Recomendaban también la puesta en marcha de Comités Nacionales de Rehabilitación de discapacitados, para mejorar los servicios de rehabilitación prestados. Se aconsejaba que el coste de rehabilitación fuera asumido por la Seguridad Social, para que así toda la población discapacitada en edad productiva estuviera cubierta. Estas recomendaciones de la OMS coincidían con el criterio español que desde la creación del Patronato de rehabilitación, veinte años antes, ya había sido expuesto aunque no realizado. En nuestro país, teníamos muy claras las necesidades en el ámbito de la Rehabilitación, pero sin embargo no acabábamos de llevarlas a cabo, principalmente por motivos económicos.

La actividad legislativa comentada, iba a facilitar que progresivamente se fuera consolidando la idea de que era necesario otorgar a esta labor diferencial desarrollada por un grupo de médicos el rango de especialidad. En 1969, fue cuando por fin se reconoció oficialmente la nueva especialidad médica de Rehabilitación en

---

<sup>63</sup> OMS 1969. *Comité de expertos de la OMS en Rehabilitación Médica*. 2º informe. Ginebra. Informe técnico N° 419.

España (64). A pesar de tener desde el año 65 una red asistencial específica, un desarrollo profesional y científico importante, con una sociedad científica y una publicación periódica desde 1957, fue necesario esperar hasta el año 1969 para que se reconociera de forma oficial la especialidad. En el capítulo sobre la figura del médico especializado en Rehabilitación, se desarrollará más ampliamente este tema.

#### **4.4. Dificultades de la Rehabilitación del inválido del aparato locomotor**

A pesar de que sobre el papel la Rehabilitación de los inválidos aparecía de una forma clara y sencilla, nos llama la atención la manera en que se presentaban los problemas de la Rehabilitación en los inválidos del aparato locomotor. El principal colectivo de inválidos en la época que nos ocupa, lo constituían los originados por accidentes o patologías derivadas del aparato locomotor. La denuncia de los médicos que atendían a este grupo de pacientes sobre los principales problemas con los que se encontraban, nos da una idea de las dificultades por las que atravesaba la ejecución de las propuestas e iniciativas que se iban tomando (65).

En primer lugar, llamaban la atención sobre la necesidad de un descubrimiento y tratamiento precoz del inválido o futuro inválido, porque así se podría disminuir o evitar la invalidez en muchos casos. Para ello, consideraban que era necesario una mayor coordinación entre los diversos servicios asistenciales, y así poder enviar el enfermo al Centro de Rehabilitación una vez detectado el problema. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes que eran rehabilitados iban espontáneamente a estos servicios y no derivados por otro médico, lo que podría indicar un desconocimiento de otros médicos respecto a este tipo de asistencia. La Medicina Preventiva gracias a los reconocimientos periódicos, permitía detectar precozmente posibles invalideces.

<sup>64</sup> Decreto 6 junio 1969, núm. 1140/69 (M<sup>o</sup> Educ. y Ciencia). MÉDICOS. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B.O. ESTADO 17 junio 1969 (núm.144).

<sup>65</sup> Meana Negrete V. Algunos aspectos de la rehabilitación del inválido del aparato locomotor. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:233-243.

Uno de los principales problemas, a juicio de la mayor parte de estos médicos era la necesidad de crear urgentemente nuevos Centros y Servicios de rehabilitación. Existían servicios de rehabilitación pero en número deficiente. Unos dependían de Centros Hospitalarios o benéficos y otros de organizaciones privadas, industriales generalmente. Desde hacía unos diez funcionaban otros centros dependientes de la Sanidad Nacional en Valencia (Malvarrosa) y en Santander (Pedrosa). Pero no existían centros completos de rehabilitación como en EEUU, por ejemplo, el "Compressive Center" que constaba de todos los servicios necesarios. Estos eran los citados a continuación: examen médico, Orientación y consejo, Tratamiento médico y quirúrgico, Psicoterapia, Fisioterapeuta, Terapéutica Ocupacional, Enseñanza técnica y profesional, Instrucción y cultura, Herramientas y equipo de trabajo, colocación y asistencia, y vigilancia posterior. Se planteaba no sólo crear un mayor número de servicios, sino también emplear el régimen asistencial ambulatorio.

También consideraban necesario que hubiera Servicios de Cirugía Ortopédica en todos los hospitales y se independizaran de los Servicios de Cirugía General. Los Centros de Rehabilitación deberían de tener Servicios quirúrgicos o crearse Servicios Independientes de Cirugía Ortopédica en los que fueran tratados los pacientes que lo precisaran para ingresar después en el Centro de Rehabilitación. También se consideraba necesario crear servicios o consultas para clasificar y seleccionar a los pacientes que precisan rehabilitación, y luego enviarles al servicio que se considerase el indicado para su tratamiento o rehabilitación. Estaban exponiendo, a nuestro juicio, una idea muy avanzada para su época, que se haría realidad bastantes años después.

También denunciaban la escasez de personal preparado, sobre todo fisioterapeutas y trabajadores sociales. En 1958, se creó la especialidad de Fisioterapia para los ATS por Disposición del Ministerio de Educación Nacional. En el Hospital de San Rafael se creó la Escuela Oficial de Fisioterapeutas, la especialidad duraba 2 años y se exigía ser ATS, mientras que en otros países era necesario el grado secundario. Este hecho contribuyó a que la oferta de fisioterapeutas fuera muy escasa con relación a la demanda de estos profesionales.



También exponían que el plan de rehabilitación era muy costoso, ya que necesitaba tratamientos médicos y quirúrgicos, psicoterapia, fisioterapia, orientación y formación profesional, instrucción, enseñanza técnica y profesional, prótesis, aparatos ortopédicos, hospitalización, transporte, etc. Sin embargo, señalaban que el resultado final de recuperación física y laboral, repercutía de forma muy favorable sobre la economía de la nación.

Se consideraba prioritario la necesidad de formar a los inválidos como obreros especializados que eran más escasos que los no especializados. Esta especialización también aumentaba el interés económico de la rehabilitación, ya que proporcionarían más beneficios a la sociedad al aportar mano de obra cualificada.

Por último, estos médicos volvían a insistir en la necesidad de crear medidas legales para la colocación de los rehabilitados, porque como decía Meana "mucho nos tememos que solamente cuando el inválido considere segura o por lo menos posible su colocación, se entregue a la rehabilitación con la fe y el entusiasmo necesarios" (66).

#### **4.5. Campañas de educación sanitaria en materia de Rehabilitación**

Junto a la actuación del Estado en materia de invalidez, también se señalaba la necesidad de realizar Campañas de Educación Sanitaria popular en materia de rehabilitación (51,67). Entre los objetivos de estas campañas estaba en primer lugar, mostrar a la opinión pública los derechos de los disminuidos físicos y el deber de la sociedad para con ellos. Con esto se perseguía crear un grado de concienciación social respecto a los inválidos destacando que tenían derechos pero también obligaciones con la sociedad.

---

<sup>66</sup> Meana Negrete V. Op. Cit., p. 240.

<sup>67</sup> Bravo. Aspectos administrativos y sociales de la rehabilitación. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 299-304.

Estas campañas también pretendían estimular la colaboración de las autoridades, empresas, sindicatos, entidades y a particulares, en la tarea de la rehabilitación que era considerada como un deber de todo ciudadano en beneficio de sus semejantes más necesitados de ayuda. Como el número de inválidos aumentaba constantemente se consideraba necesario aumentar al máximo las oportunidades de empleo de los inválidos. Para ello aconsejaban la presencia de una publicidad amplia y constante, con datos concretos, sobre el índice de accidentes, ausencias, producción y rendimiento de los inválidos empleados y a su vez comparar estos datos con los de personas no inválidas que realizaban un trabajo similar.

El Ministro de Trabajo en 1970, apuntaba la "necesidad de implicar a diversos sectores e instituciones de la sociedad, para que contribuyan a la recuperación y promoción profesional y social de los trabajadores y familiares afectados" (68). También consideraban prioritario estimular a las empresas a trasladar a otros empleos adecuados dentro de las mismas a los trabajadores cuya capacidad de trabajo hubiera sido mermada por motivos de salud. Y por último evitar que las empresas asumieran mayores obligaciones con respecto a las primas de seguro por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, porque éstas disminuían el grupo de trabajadores que se reincorporaban al trabajo tras el accidente o la enfermedad.

Se señalaba que el 30 por ciento de los inválidos o "deficitarios" lo eran por arrastrar secuelas de procesos infecciosos, como la tuberculosis, poliomiélitis, lepra, etc. Se proponía que esta campaña de educación popular sería también un medio preventivo para evitar la difusión y propagación de tales procesos infecciosos (69).

En este contexto de Medicina Social en que prosperó la Rehabilitación, se fue instaurando progresivamente una nueva forma de concebir la salud que González de Pablo ha denominado la "salud productiva" (22). De acuerdo a este concepto se equiparaba la salud con la capacidad para desempeñar una actividad laboral remunerada y el trabajo como una de las principales maneras de conseguir la realización personal.

<sup>68</sup> Piédrola Gil. Discusión de la comunicación "*Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*" Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina 1970; LXXXVII: 50.

<sup>69</sup> Matilla. Discusión de la comunicación "*Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 46-48.

\*\*\*\*\*

En este capítulo hemos visto cómo a principios del siglo XX surgía en España una institución para el cuidado médico y asistencial de los inválidos, especialmente dentro del colectivo de trabajadores, y orientada a conseguir su recuperación funcional y su vuelta al trabajo. Fue a finales de la década de los cuarenta en España, ante el cada vez más numeroso colectivo de inválidos cuando el Estado comenzaba a publicar nuevas normativas legislativas en torno al tema, consultar anexo I.

En 1949, aparecía el decreto sobre la Lucha Sanitaria contra la Invalidez y posteriormente el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de inválidos, en ellos se insistía en la necesidad de organizar centros de tratamiento y formar al personal especializado. La legislación existente en torno al trabajo también contemplaba la actividad rehabilitadora en la recuperación funcional y laboral del accidentado. La OMS también desarrolló dos informes en torno a la Rehabilitación con contenidos similares a los aparecidos en España. Finalmente vemos como la introducción de la asistencia rehabilitadora en los Seguros Sociales y posteriormente en la Seguridad Social, fue definitiva en el impulso y desarrollo de esta actividad especializada tanto médica como del personal auxiliar.

**5. PLANTEAMIENTO EN LA  
ORGANIZACIÓN DE LOS  
DEPARTAMENTOS DE RECUPERACION  
FUNCIONAL. LA READAPTACION  
LABORAL**

## **5. PLANTEAMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE RECUPERACION FUNCIONAL. LA READAPTACIÓN LABORAL**

“El centro ideal de Rehabilitación ha de ser aquel que bajo su techo reine la atmósfera sana y alegre, que haga olvidar frecuentemente el dolor y las desgracias humanas que allí se albergan, donde las bromas y las risas de los minusvalentes reflejen un nuevo despertar a la afirmación de la vida –dicho con mayor exactitud-, de vivir su vida” (1).

“La Rehabilitación es el proceso en el que se resume la aspiración de restaurar al individuo, episódicamente menoscabado en sus posibilidades, a un estado equivalente en el cuádruple aspecto: mental, físico, sociolaboral y económico al que disfrutaba antes de contraer la enfermedad o de sufrir un episodio traumático” (2).

Dado el creciente volumen de inválidos y los cuidados especiales que éstos requerían, tecnología específica y un espacio físico para colocarla y aplicarla, se comenzaba a plantear la necesidad de crear centros de readaptación funcional. Tras la aceptación de esta necesidad surgió el planteamiento de cómo se debían organizar estos centros. La propuesta más aceptada fue la de planificar la asistencia siguiendo las etapas de Rehabilitación: hospitalaria, en centros especializados y por último la etapa de readaptación profesional. La red asistencial de Centros de Readaptación se proyectó siguiendo el informe del Comité de expertos de la OMS de 1958.

A continuación se describe cómo estaban organizados estos centros, para ello se detallan las secciones con las que debía de contar, cómo se debían distribuir, y cuáles debían ser sus especiales características arquitectónicas. El programa que se llevaba a cabo en estos departamentos debía ser individualizado para cada paciente, pero no obstante se aconsejaba seguir una serie de recomendaciones generales que se exponen al final del capítulo.

---

<sup>1</sup> Casado Perich A. El centro de Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1965, supl 1; 21.

## 5.1. Observaciones previas en torno a los Centros de Recuperación Funcional

En la ley de Seguros Obligatorios, de enfermedad y de jubilación, del 23 de diciembre de 1944, se contemplaba principalmente el aspecto asistencial con el fin curativo en la enfermedad (3). La prevención de enfermedades se trataba de forma muy limitada, y no atendía para nada la reintegración laboral del enfermo crónico o de inválido, cuando estas circunstancias ocurrían tras una enfermedad (4). Sin embargo desde una visión a posteriori esta ley fue una de las primeras medidas gubernamentales para modificar el panorama rehabilitador de España en ese momento (5).

La necesidad de crear Departamentos de Recuperación Funcional, para llevar a cabo el tratamiento rehabilitador de estos pacientes, con médicos especializados y fisioterapeutas, en el seno de los grandes Centros de la asistencia sanatorial, ya se expuso en el primer Congreso de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Reeducción Funcional (SEFRRF) celebrado en Madrid en 1954 (6).

Para los expertos de esta década de los cincuenta, la necesidad de iniciar el desarrollo de la Rehabilitación dentro del Seguro de Enfermedad estaba justificada fundamentalmente por la exigencia de reincorporar al mundo laboral al trabajador tras su lesión.

“Aparece muy acusada la necesidad de iniciar una labor activa que permita a un beneficiario del Seguro, a quien la enfermedad deja como secuela una disminución de sus posibilidades laborales, recuperar su capacidad de trabajo, o proseguir del mejor modo

---

<sup>2</sup> García Díaz F, Vallina García V. El problema de Rehabilitación laboral en accidentados en el trabajo, especialmente mineros. Su trascendencia social y económica. *Acta Ortopédica-traumatológica Ibérica* 1954; II: 375-440.

<sup>3</sup> Parreño Rodríguez J. La Rehabilitación de los minusválidos físicos en la legislación española. *Rehabilitación* 1976; 10: 393-408.

<sup>4</sup> Lamas. Posible contribución del S.O.E. en España a un plan de acción de la Seguridad Social para la readaptación del presunto inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:71-74.

<sup>5</sup> Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Madrid: Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 3-15.

<sup>6</sup> Viladot A. La cirugía ortopédica en la rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.

posible, una actividad profesional, incrementándose de esta suerte sus posibilidades vitales” (7).

Para estos expertos además existían datos demográficos muy significativos sobre el volumen potencial de pacientes y la necesidad de establecer centros de recuperación funcional. En esta línea, Lamas apuntaba: “No hace falta destacar la importancia social, sanitaria y económica de esta acción, que por el volumen de beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), alcanzaría a más de la tercera parte de la población española” (7). Es decir, el volumen potencial de pacientes que podrían requerir asistencia rehabilitadora era muy alto, y por lo tanto se consideraba necesario organizar centros o servicios que pudieran atender adecuadamente a esta población.

Desde este punto de vista, a propuesta de los expertos en 1957, el Plan de acción del SOE sobre la rehabilitación de presuntos inválidos tendría a su cargo la elaboración y realización de numerosas funciones, y la mayor parte de ellas requerían un centro de readaptación funcional para poder realizarse (4). De este modo el SOE debería encargarse en primer término de censar a la población de inválidos, también debería de crear centros para llevar a cabo el tratamiento de Rehabilitación. Paralelamente tenía el cometido de formar científicamente al personal técnico y auxiliar especializado así como a los inválidos para reincorporarles a un nuevo trabajo. De otro lado, también debía realizar la prevención de la invalidez y organizar grupos de estudio sobre las patologías invalidantes más prevalente. Por último tenía la responsabilidad de coordinar los servicios privados y de la Seguridad Social para evitar la duplicación de los servicios.

La realización de un censo de la población de inválidos era una tarea ambiciosa y costosa de realizar que debía de llevar a cabo el SOE. El procedimiento a seguir sería el siguiente: el médico del SOE enviaría al paciente susceptible de rehabilitación a la Inspección del Servicio Sanitario del SOE, que a su vez pasaría al paciente después de censado al Centro de rehabilitación correspondiente. El centro se encargaría de separar por sexos, edades, carácter agudo o crónico del proceso a los

---

<sup>7</sup> Lamas. Op. Cit., p. 71.

pacientes. Elaboraría una ficha inicial del paciente con aspectos etiológicos, anatómicos, fisiopatológicos, sociales y la clasificación funcional en ese momento, como referencia posterior. Se debería enviar a la Inspección también estos datos para actualizar la estadística (4).

El SOE también abordó el tema que nos ocupa en este capítulo, la creación de centros de tratamiento de rehabilitación, también conocidos como departamentos de recuperación funcional. Estos centros de readaptación debían de estar dotados de servicios de electroterapia, kinesiterapia y ergoterapia, además de los complementarios para rehabilitar psicológica y socialmente al paciente. Este tema que se va exponer a continuación más extensamente.

Una nueva actividad especializada exigía conocimientos teóricos y prácticos por parte del personal que la llevaba a cabo. El SOE también expresó la necesidad de formación de este personal técnico y auxiliar especializado. Este apartado se desarrollará en el capítulo siguiente dedicado a este tema. Muy unida a esta propuesta, estaba la necesidad de crear Escuelas de Fisioterapeutas, y a ser posible adosadas a los Centros de Rehabilitación (8). En el capítulo dedicado a la formación del personal se expondrán datos con relación a la aparición de las primeras Escuelas.

De otro lado, también se esbozaba una pieza clave para el futuro desarrollo de la Rehabilitación como era la realización de cursos para inválidos, que entre otros objetivos tenía el de fomentar el estímulo del discapacitado para su posterior reincorporación al trabajo. Ya en 1957, Blanco Argüelles proponía además que sería necesario (8):

“Organizar comisiones de orientación de enfermos para clasificar al inválido según sus capacidades profesionales. Tras el aprendizaje en la escuela o taller de reeducación profesional, será necesaria la creación de una oficina o departamento encargado de la colocación de esos disminuidos físicos. Debería existir una prioridad de empleo o reserva de cierto tanto por ciento de plazas, en todas las empresas para las personas que tras el aprendizaje pueden ejercer una

---

<sup>8</sup> Blanco Argüelles M. Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 20-21.



profesión u oficio. También la creación de talleres protegidos con empleos de "mitad de jornada", para los enfermos que la oficina de colocación no haya podido situar, al no poder seguir éstos el ritmo de trabajo normal. Toda empresa que emplee a más de 10.000 obreros, debe asegurar el reentrenamiento al trabajo y la reeducación profesional de sus enfermos y heridos. Y por último señala la necesidad de interesar a las iniciativas públicas y privadas en materia de reeducación funcional, readaptación profesional, organización del trabajo protegido. Llevar este problema a la prensa, radio, televisión y todos los medios de información apropiados para crear un clima favorable a la rehabilitación. Además piensa que en principio se deberían dirigir todos los esfuerzos a la organización de la rehabilitación motora solamente, y en una segunda fase intentar la de ciegos, mentales, cardíacos, etc" (9 ).

Este tema sobre readaptación laboral se expone con más detalle al final del capítulo.

También se establecía también la necesidad de comenzar a ejercer acciones preventivas sobre la invalidez (10). Durante el periodo que nos ocupa, estos intereses en el campo de la prevención estaban dedicados fundamentalmente a evitar los efectos derivados de la inmovilización prolongada. Por este motivo adquirió especial importancia en algunos procesos morbosos como fue el caso de la poliomielitis, que comentaremos extensamente más adelante.

Se consideraba imprescindible la existencia de coordinación de la labor preventiva y de readaptación no sólo de la Seguridad Social, sino también con los demás organismos sanitarios privados, para evitar la duplicación de servicios ofrecidos a estos inválidos.

De otro lado, no se podía demorar más la exigencia de formar grupos de estudio sobre la distinta patología invalidante, para analizar los problemas prácticos de la rehabilitación (técnicas terapéuticas, readaptación profesional, intelectual y social, principalmente). Así, Sanchís-Olmos proponía la formación de 8 grupos de estudios, referidos los inválidos del aparato locomotor, del aparato ocular, del aparato auditivo, deficitarios mentales y enfermos neurológicos, cardio-respiratorios, del aparato digestivo, urológicos y varios (incluyendo leprosos,

---

<sup>9</sup> Blanco Argüelles M. Op. Cit., p. 20.

quemados, etc.) (10). El grupo de los inválidos del aparato locomotor era el más numeroso y estarían incluidos distintos subgrupos como, los accidentes del trabajo, accidentes y fracturados ocasionales (dentro y fuera del SOE), las deformidades y malformaciones congénitas, las distrofias y los tumores. También abarcaba las infecciones osteoarticulares, como la tuberculosis, las artritis y reumatismos; los amputados y paraplégicos medulares no poliomiélicos. En este grupo también se incluyeron invalicados derivadas de lesiones neurológicas pero con secuelas fundamentalmente en el aparato locomotor como fue el caso de la espasticidad de origen central y la poliomiélitis, tema sobre el que se hablará extensamente más adelante.

De cada uno de estos grupos se encargaría una comisión constituida por tres personas: uno no especialista en la materia, pero sí en previsión y seguridad social, y dos técnicos del grupo en cuestión. Cada comisión subdividiría y clasificaría los diversos tipos de problemas y seleccionaría a su vez una subcomisión para el estudio y orientación, que prepararía un plan de trabajo práctico y eficaz (4).

## 5.2. Propuesta de organización de los Centros de Rehabilitación

Para González Más, “el Centro de Rehabilitación debía constituir una unidad funcional de tratamiento, que recogía al enfermo tratado de su proceso agudo y lo incorporaba a una vida normal y productiva socialmente” (11). Para ello se intentaban desarrollar las capacidades potenciales residuales que favoreciesen el retorno a la normalidad, desde el punto de vista médico, social y psicológico.

Los **objetivos** de estos centros de Rehabilitación estaban dirigidos no sólo hacia el paciente, sino también hacia su familia, los profesionales sanitarios y el resto de la comunidad (12).

---

<sup>10</sup> Sanchís-Olmos V. Rehabilitación del presunto inválido y *Seguridad Social*. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:325-328.

<sup>11</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153.

<sup>12</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153-168.

Respecto al paciente era necesario enseñarle a aceptar y adaptarse a sus limitaciones, así como a compensar sus incapacidades, para poder elevar su desarrollo físico, social, emocional y educativo al grado máximo.

Con relación a los familiares era necesario ayudarles a comprender, aceptar y adaptarse a la nueva situación en la que la enfermedad o el accidente había colocado al paciente. Además era imprescindible responsabilizarles como miembros del equipo terapéutico, esto era especialmente importante en el caso de la Rehabilitación infantil, donde los padres forman una pieza esencial del equipo de tratamiento, como veremos en el caso de la poliomielitis.

El centro de Rehabilitación ofrecía una oportunidad inmejorable para poder enseñar a otros profesionales sanitarios qué era y qué conseguía la Rehabilitación. Además también era útil para fomentar la imprescindible investigación sobre métodos de prevención, diagnóstico y terapéutica de los procesos tratados en el centro. Y por último, para desarrollar la docencia entre el propio equipo de Rehabilitación, preparando y distribuyendo los avances en la investigación.

Por último respecto al resto de la comunidad también era útil para mejorar la aceptación y las posibilidades de promoción de los inválidos en la comunidad, al devolverles a ésta con capacidades funcionales que les hacían ser independientes.

Como ya hemos comentado en el capítulo sobre bases científicas de la Rehabilitación, Alzamora Albéniz distinguía tres etapas o fases en la Rehabilitación según dónde la realizaran los pacientes: etapa hospitalaria, en centros especializados y la etapa de adaptación o readaptación profesional y empleo (13). Estas tres fases podían estar reunidas en un mismo centro asistencial y realizarse el ciclo completo. Esta clasificación coincidía con la propuesta por la OMS en su primer informe de expertos en Rehabilitación médica (14).

---

<sup>13</sup> Alzamora Albéniz A. Aspectos médicos de la Rehabilitación. *Anales de Medicina*, 1965; suplemento 1: 40-50.

<sup>14</sup> Comité de expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe. OMS. Ser. Inf. Tecn., 1958, 158. Ginebra. OMS.

Las **actividades** que se debían desarrollarse en estos centros de Rehabilitación dependían de donde se encontraran ubicados. La red asistencial de Centros de Readaptación, se planificó siguiendo el informe del Comité de Expertos de Rehabilitación de la OMS (14). Así existían Servicios o Centros en hospitales generales, en hospitales especiales, en servicios posthospitalarios o en centros mixtos llamados así porque cubrían las vertientes médicas y de readaptación profesional en el mismo servicio, aunque en distintas secciones (11).

En los *hospitales generales*, los servicios de Rehabilitación debían poseer secciones de ergoterapia, fisioterapia, orientación psicológica, foniatría y asistencia social, dirigidas por médicos especialistas en Rehabilitación. Estos centros trataban dos grupos de enfermos, el primero constituido por pacientes hospitalizados o ambulatorios, cuya Rehabilitación se preveía que iba a ser de corta duración (11). El segundo grupo, menos numeroso, estaba constituido por enfermos con invalideces graves cuya Rehabilitación comenzaba en el hospital y debía de continuarse en los centros de convalecencia tras el alta del tratamiento quirúrgico o médico previo.

En los *hospitales especiales*, el servicio de Rehabilitación constaba de las mismas secciones que en los generales, pero además contaba con otras secciones especiales según el tipo de hospital (11). En hospitales pediátricos había un servicio de enseñanza, en los ortopédicos existía un departamento de ortopedia y en los hospitales oftalmológicos había especialistas en ortóptica.

Los *servicios posthospitalarios* de Rehabilitación eran centros específicamente creados para tratamientos de problemas invalidantes, y se podían subdividir en cuatro grupos (11): centros generales, especiales, de Rehabilitación profesional y mixtos.

Los *centros generales* de Rehabilitación médica, cuyo fin era restaurar las funciones físicas y mentales, tras el alta del hospital. Estaban especialmente creados para inválidos y tenían instalaciones más perfeccionadas, aquí la sección de ergoterapia y actividades pre-profesionales adquiría especial importancia.

Los *centros especiales* de Rehabilitación médica, respondían a las necesidades especiales como centros para paraplégicos, para enfermos mentales, para tuberculosos, etc.

Los *centros de Rehabilitación profesional*, donde realizaban la evaluación y orientación profesional de los pacientes, y posteriormente la readaptación o formación para la actividad seleccionada.

Los *centros mixtos* donde se realizaba Rehabilitación médica y profesional.

Esta organización de la asistencia en Rehabilitación, que se llevó a cabo parcialmente, presentaba para González Más una serie de **ventajas** fundamentalmente en el caso de los niños (11). En primer término permitía un mejor y más comprensivo tratamiento de los enfermos, a la vez que los días de hospitalización eran menores y con un porcentaje más elevado de recuperaciones laborales. Era el único medio eficaz para tratar grandes inválidos, ancianos o enfermos crónicos, a la vez que permitía tratar todo tipo de enfermos y síndromes patológicos subsidiarios de Rehabilitación. Tras el tratamiento se producían muy escasas readmisiones por el mismo proceso. Favorecía la integración del enfermo en la comunidad y en el caso de los niños evitaba que se desescolarizaran. Y finalmente, constituía una ahorro económico importante para la comunidad, como ya hemos comentado extensamente en el capítulo sobre los argumentos en torno a la necesidad de la Rehabilitación.

Una de las primeras **dificultades** que se encontraron en la creación de estos centros de Rehabilitación era también en el ámbito económico. La escasez de recursos económicos era un problema común en todo el mundo, sin embargo para algunos autores en España constituía una cuestión más importante y prioritaria la falta de personal auxiliar para llevar a cabo las técnicas especializadas (15).

Otras propuestas venidas desde el exterior sobre la organización de los departamentos de recuperación función fue la ofrecida por el Comité Baruch de

---

<sup>15</sup> De la Sierra Cano L. Formación del personal auxiliar para la reeducación en los Centros de rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 329-346.

Terapia Física, creado en EEUU (16). Consideraba que un servicio de rehabilitación debía de constar de distintas secciones, a parte de las salas de hospitalización y de tratamientos, era imprescindible que contara con un departamento de orientación y otro de asistencia social.

En la sección de orientación, se llevaba a cabo la selección de los enfermos y era donde se le realizaba una ficha al paciente desde un punto de vista médico, social y vocacional.

La sección de tratamiento estaba dividida en 3 subsecciones. La subsección de fisioterapia o kinesiología donde se llevaba a cabo la reeducación funcional y laborterapia. También constaría de un gimnasio, piscina hidrotérmica, solarium, sala de electroterapia. Aquí también se atendería a los amputados y se les enseñaba la utilización de la prótesis.

La subsección psicosocial: atendería la rehabilitación psíquica y la resocialización del paciente.

La subsección para el entrenamiento profesional: contaría con talleres de práctica y de enseñanza, y laboratorios dotados para la investigación vocacional (estudios de aptitud, orientación y selección profesionales).

Las oficinas para la asistencia social constaban de una oficina de colocación y de control de enfermos desplazados a sus domicilios.

Debían existir una o más salas para la hospitalización de ciertos enfermos no movilizables, y una clínica ambulante de rehabilitación.

El personal idóneo para estos centros debería estar formado por los médicos, el kinesiólogo, maestros de oficios, agente social, asistente social, visitadora social y enfermera especializada.

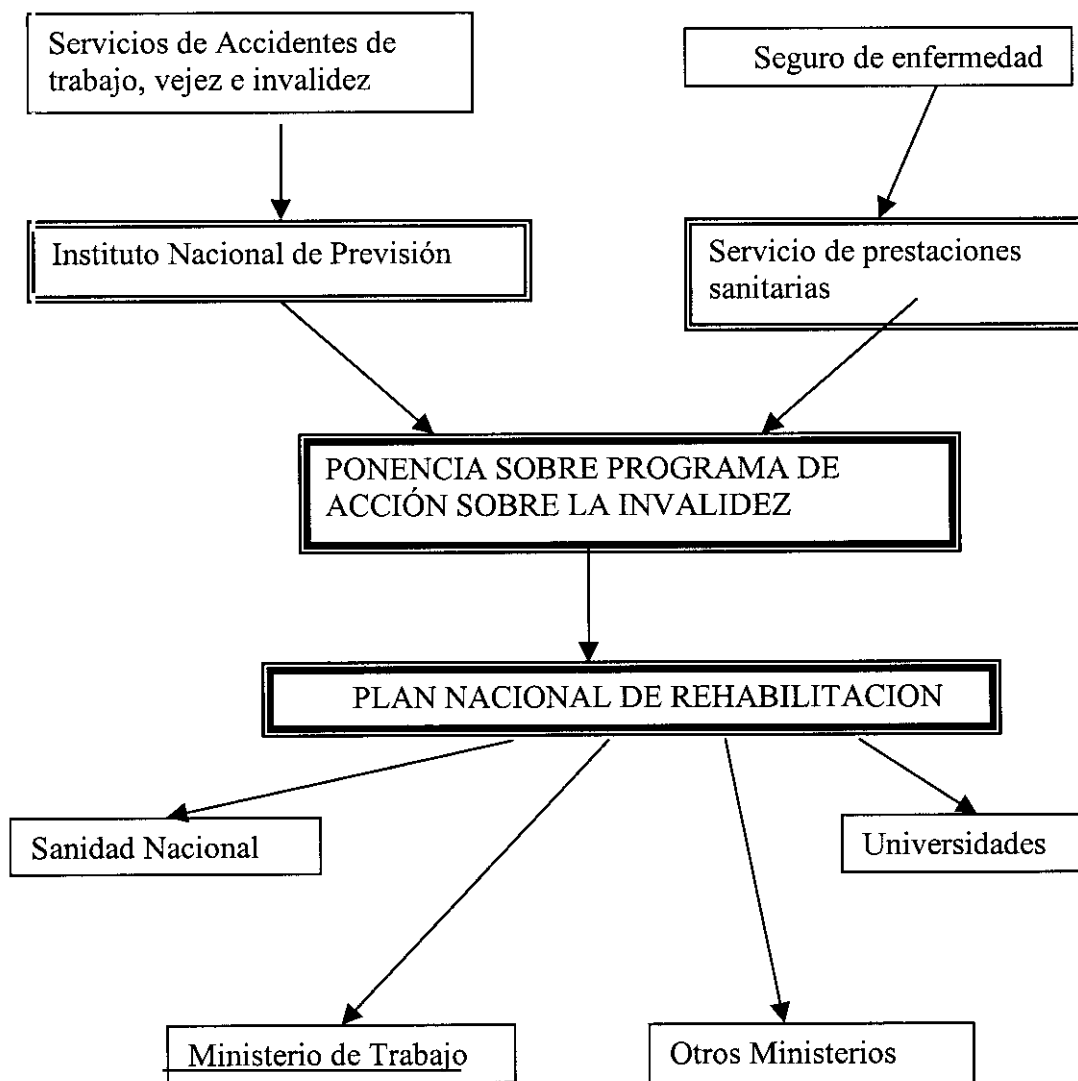
Los centros de rehabilitación y Readaptación tenían como **fin** no sólo tratar y recuperar al paciente, sino además rehabilitarlo poniéndole en condiciones de bastarse a sí mismo (4). Debía de estar dotado de los Servicios de Electroterapia, kinesiología y ergoterapia, además de los complementarios para rehabilitar psicológica y socialmente al paciente. En cuanto al personal técnico especializado

---

<sup>16</sup> Piga. Bases y proyecto de un servicio de rehabilitación y valoración de lesionados en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad*

debía constar de un fisioterapeuta, cirujano ortopedista, y adscritos al centro por lo menos un internista, un pediatra y un neurólogo. También señalaba que era necesario un plan de formación para el personal auxiliar especializado. Todavía todo esto estaba en el aire, era necesario estudiar las necesidades por regiones teniendo en cuenta que inicialmente el Centro de Recuperación debería instalarse en las Residencias del Plan de Instalaciones.

El Plan Nacional de Rehabilitación se encargaría de elaborarlo no sólo el Instituto Nacional de Previsión mediante los servicios de accidentes de trabajo, vejez e invalidez y el seguro de enfermedad, sino también otras instituciones oficiales. Así también colaborarían el Ministerio de Trabajo y las Universidades. Se hacía la propuesta del organigrama expuesto a continuación.



Se consideraba que el Centro de rehabilitación ideal, desde un punto de vista psicológico y social, no debía tener carácter hospitalario, por lo que se debería diseñar adecuadamente su estructura (17). Se intentaba mantener al enfermo en relación con el medio exterior, por lo que no debería estar muy alejado del núcleo urbano. Y por último era imprescindible facilitar al enfermo el recibir visitas frecuentes y que el paciente abandonara el centro de forma periódica.

El director del centro se aconsejaba que fuera un médico especialista en Rehabilitación (18). Debía de dirigir y coordinar las actividades, integrando todas las fases terapéuticas. Los fisioterapeutas ejecutarían los tratamientos físicos de cinesiterapia, electroterapia, hidroterapia y mecanoterapia. Los terapeutas ocupacionales colaborarían en el objetivo de aumentar la capacidad funcional. El personal de orientación vocacional se encargaba del estudio de la formación y vocación pasadas del paciente, a la vez que se plantean inquietudes para el futuro. El asistente social se encargaba de valorar el impacto de la invalidez en el paciente y su familia. También debía de contar el equipo con otros especialistas como el técnico protésico y el logoterapeuta, a parte del personal de secretaría. Las funciones y la formación de estos técnicos se van a exponer en el siguiente capítulo.

### **5.3. Características arquitectónicas de los Centros de Rehabilitación**

Se aconsejaba que en la concepción arquitectónica del Centro, el equipo de Rehabilitación debía de realizar orientaciones para poder construir un servicio lo más funcional posible. El edificio debía situarse en las afueras de la ciudad, pero no muy alejado de ésta, para poder establecer comunicaciones de transporte rápidas (19).

En los alrededores del centro debían existir al aire libre “campos de marcha” para los pacientes con lesiones del miembro inferior, para poder hacer ejercicios y

<sup>17</sup> Bravo. Aspectos administrativos y sociales de la rehabilitación. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 299-304.

<sup>18</sup> Parreño Rodríguez J. Rehabilitación I. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 25-62.

<sup>19</sup> Casadó Perich A. El centro de Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1965, supl 1; 21-39.



marcha superando las dificultades del campo. También debían existir zonas de prácticas deportivas al aire libre, como baloncesto, tiro al arco, petanca, etc., así como aparcamientos para coches y vehículos de inválidos.

Se aconsejaba la construcción en estructura vertical respecto a la horizontal porque permitía una comunicación más fácil y menos cansada para los inválidos (12). Las comunicaciones verticales se lograban con rampas y ascensores. Las rampas debían de tener una inclinación inferior al 10 por ciento, para así poderse desplazar el inválido en silla de ruedas de forma autónoma. La entrada principal del Centro también debía ser accesible por medio de rampas.

En el interior del edificio la iluminación debía ser muy abundante. Los ascensores debían ser grandes y equipados para personas en sillas de ruedas. Las escaleras y las rampas debían tener las dimensiones adecuadas para permitir el paso de la persona con muletas, o en el caso de la rampa con la silla de ruedas. En todas las plantas deberían existir aseos especiales adaptados a los incapacitados. Debía existir siempre sala de actos, cafetería colectiva, cine, biblioteca y sala de juegos.

El número de camas que debería tener el Servicio de Rehabilitación cuando estuviera integrado en un hospital general debería ser de al menos el 10 % del total (20). Si el centro tenía más de cien camas, se aconsejaba hacer unidades independientes. En el caso de este tipo de centros, en vez de acondicionar las habitaciones para 2 pacientes, aconsejaban utilizar habitaciones con cuatro camas. Por supuesto la habitación debía de tener un cuarto de baño y espacio suficiente para la silla de ruedas. El motivo de que en cada habitación hubiera tantos pacientes era porque se había comprobado, en Francia, la importancia para el inválido que tenía el observar los progresos de los compañeros de habitación para estimular su propia reeducación (21).

---

<sup>20</sup> Knudson A. Dirección de una reeducación eficaz de los inválidos graves, de los enfermos crónicos y de los veteranos para su integración a la sociedad. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V: 71-85.

<sup>21</sup> Casadó Perich A. Op. Cit., p. 27.

Se consideraba que cada departamento del servicio debía tener unas características determinadas. Una exposición muy detallada respecto a este tema, fue expuesta por Zauner (22).

“La **unidad médico-diagnóstica** es el cerebro del centro de Rehabilitación” (23). Se componía del despacho y sala de reconocimiento anexa. El despacho debía ser lo suficientemente amplio como para reunir a seis o siete personas. La sala de reconocimiento debía estar equipada con todos los aparatos e instalaciones necesarios para realizar un diagnóstico amplio, exacto y completo. Por ello, debía de disponer de una mesa de reconocimiento, aparatos para el diagnóstico neuromuscular (“miógrafos”) y electrodiagnóstico, con ondas exponenciales para las curvas IT. También debían de tener aparatos para medir la capacidad circulatoria, o sea los “reógrafos”, además de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, espirógrafos, etc.

El “**departamento de fisioterapia**” debía situarse en la planta baja, pudiéndose llegar fácilmente y sin obstáculos desde el vestíbulo. La distribución del espacio se determinaba en dos grandes grupos: los espacios de tratamiento y el espacio auxiliar.

Dentro de las salas de tratamiento se distinguían las siguientes secciones: para tratamientos individuales, para realizar ejercicios, hidroterapia, electroterapia.

“Fisioterapia general”: eran pequeños cuartos o cabinas independientes para tratamientos individuales. No requería mucho espacio y a la vez permitía la realización del tratamiento guardando la intimidad del paciente, y a veces evitando que se distrajera.

Casadó aconsejaba que en vez de tener un gran gimnasio, se construyeran varias salas pequeñas para separar a los pacientes masculinos, femeninos y niños (19). Pero otros autores como Zauner, pensaban que era mejor construir una gran sala, porque a los pacientes el hecho de trabajar juntos les servía de estímulo en su esfuerzo (22). También aconsejaban tener una sala pequeña para realizar los ejercicios con aparatos como bicicletas, tracciones, “cama de poleoterapia”, etc.

---

<sup>22</sup> Zauner Gutmann A. *Estudio sobre centros de Rehabilitación y Curhoteles*. Segunda edición Barcelona: Editorial JIMS, 1975.

<sup>23</sup> Zauner Gutmann A. Op. Cit., p. 35.

La sección de hidroterapia podía constar de bañera de mariposa, masaje subacuático, de remolino, “baños con cambio de temperatura” para miembros superiores e inferiores, baño de Stanger, piscina y duchas. Se aconsejaba que el fondo de la piscina debía tener ocho niveles diferentes, para poder realizar ejercicios y marcha tanto adultos como niños. Debía de estar dotada de vestuarios, aseos y duchas. El suelo en toda la sección debía ser antideslizante.

La sección de electroterapia y termoterapia, se aconsejaba que constara de cinco a siete habitaciones, en las que se colocaban dos aparatos de diferente acción, ejemplo uno de ultrasonidos con otro de electroestimulación, o bien ultrasonidos y microondas, etc., la finalidad era que los enfermos no tuvieran que cambiar frecuentemente de cabina y un mismo fisioterapeuta pudiera hacerse cargo de dos e incluso tres pacientes simultáneamente (22). Debía de constar de apartado de corrientes galvánicas y farádicas, ultrasonidos, corrientes interferenciales de Nemec, lámpara de rayos ultravioleta, microondas y hornos de Bier.

Se consideraba espacio auxiliar al dedicado a las salas de consulta, de utilización por el personal, oficina ya almacenes.

El “servicio de **ergoterapia o Terapia Ocupacional**” se aconsejaba que estuviera en proximidad con el de fisioterapia y a ser posible en comunicación directa. Debía estar formado por salas para niños y adultos, ya que las actividades que realizaban eran distintas. Con los niños se realizaban sobre todo juegos, pero en el caso de los adultos las instalaciones debían estar cuidadosamente planeadas. El objetivo de la Terapia Ocupacional no era sólo recuperar al disminuido de una forma amena, sino que muchas veces servía para orientar su vocación y desarrollar después una profesión (19).

Debía existir una sala para la enseñanza de las actividades de la vida diaria, con un cuarto y baño y una cocina con todas las adaptaciones y modificaciones necesarias. También parte esencial del mobiliario era un cuadro donde estaban instalados los diferentes modelos de grifos, picaportes, llaves de luz, etc. También debía de existir un área dedicada a la valoración de las capacidades de trabajo y a la enseñanza para un trabajo. Por lo tanto habría una zona dedicada a la cestería, cerámica, carpintería, pintura, fotografía, zapatería, etc.

Los **departamentos de Prótesis** también eran aconsejables que se construyeran dentro de estos centros de Rehabilitación. Esta cercanía espacial entre técnicos ortoprotésicos y médicos, facilitaba el contacto constante entre ambos, y el técnico pasaba a ser uno más del equipo de Rehabilitación. En estos departamentos se construían los bastones, adaptaciones para la vida diaria, ortesis, prótesis, etc. Constaba de una sección de mecánica para los trabajos en metales, de zapatería y corsetería para los trabajos en cuero y otros materiales semejantes, y de pintura y barnizado, sin olvidar una sección de materiales plásticos que cada vez iban adquiriendo más relevancia en la fabricación de toda clase de aparatos. Debía estar alejado del área de hospitalización, por los ruidos que ocasionaba, y tenía una entrada directa a la calle para el paso de inválidos ambulatorios.

Algunos autores sugerían unir las **secciones de Psicología, Servicio Social y de Orientación profesional**, y que estuvieran supervisadas por un psicólogo profesional (19).

El departamento del Servicio Social debía de constar de varias salitas individuales para las entrevistas privadas (19). Los talleres de readaptación profesional eran una parte insustituible del centro de Rehabilitación. No podemos dejar de recordar que la Rehabilitación se consideraba como:

“Un *proceso* que se iniciaba en el momento en que el impacto físico discapacita al individuo, hasta que lo volvemos a ubicar en el seno de su familia, del trabajo y de la sociedad, creemos que en los mismos, para poner el último eslabón de este *proceso* que es la Rehabilitación, hay que adicionales los talleres de readaptación profesional, dejando aparte los que las grandes industrias puedan tener para los obreros propios accidentados” (24).

Se consideraba que estos talleres debían estar parcialmente aislados y se debían de situar en la periferia del edificio. Debían de constar de diferentes secciones de aprendizaje laboral, desde secretario, a relojería, jardinería, ortopedia o electricidad por citar algunos.

Todos estos departamentos no podían estar aislados sino que se debían realizar reuniones periódicas interdepartamentales con la finalidad de plantear y

---

<sup>24</sup> Casadó Perich A. Op. Cit., p. 28.

discutir objetivos y finalidades en el tratamiento rehabilitador de cada paciente, y qué podía aportar cada uno de ellos (19).

Tampoco se podía olvidar dejar una zona para **escuela**. En las Unidades de Rehabilitación infantil debía de existir siempre. Muy frecuentemente los niños eran sometidos a hospitalizaciones excesivamente prolongadas y no se debía olvidar la educación de estos niños, aconsejándose alrededor de tres horas diarias de enseñanza.

Debía de formar parte del Centro de Rehabilitación, el departamento de **logopedia** (12). No necesitaba un gran espacio porque la mayoría de los tratamientos eran individuales. Lo único imprescindible era estar construido a prueba de ruidos y decorado de tal forma que no distrajera al enfermo.

## 5.4. Programas de Rehabilitación

El plan de trabajo impuesto a cada paciente debía estar formulado por el médico rehabilitador jefe del Servicio en colaboración con todos los miembros del equipo, después de una detenida exploración bajo múltiples aspectos: médico, psicológico, vocacional, laboral, social y económico.

Con la exploración médica se obtenía por medio de la valoración muscular los datos para apreciar el estado de los músculos afectados e indemnes. Se analizaban las necesidades de una intervención quirúrgica o la aplicación de un dispositivo ortopédico. Como veremos más adelante la exploración se centraliza en el aparato locomotor, como una muestra más de que la Rehabilitación comenzó dedicándose al aparato locomotor. Esta exploración era también la base para la indicación de los ejercicios a realizar en el taller de Terapia Ocupacional.

Con la exploración psicológica se valoraba el estado mental del paciente y su influencia en cuanto al pronóstico del tratamiento rehabilitador. El psicólogo debía de conseguir un índice de aceptación de la invalidez para alcanzar un equilibrio psicológico y la mayor cooperación posible en el tratamiento.

La exploración vocacional nos daba la posibilidad de comenzar una nueva orientación profesional adaptada a la nueva situación física y psicológica, dentro de sus aficiones y de las capacidades laborales residuales.

Lógicamente la pauta de tratamiento era individualizada a cada persona, pero se aconsejaba que la jornada de tratamiento debía de ser del día completo, alternando el tratamiento médico con el ocupacional, recreativo y profesional (18). Se pensaba que un par de horas al día era poco eficaz no sólo desde el punto de vista médico, sino también porque entonces el enfermo pasaba gran parte del día en su domicilio, donde se agravaba su sentimiento de invalidez. Sin embargo la hospitalización se reservaba para los casos de más gravedad o para los enfermos que debían trasladarse de localidad, y en el resto de los pacientes, se aconsejaba un tratamiento ambulatorio de jornada completa.

Todo programa de Rehabilitación se consideraba que debía reunir dos condiciones indispensables: la coordinación de servicios y la educación del público (25). La coordinación de servicios era imprescindible para evitar la ineficacia o el fracaso de la Rehabilitación. Dicha coordinación debía estar dirigida al plano individual, provincial o regional y del Estado.

En la coordinación individual, los diferentes miembros del equipo de Rehabilitación, médicos especializados, psicólogos, terapeutas, asistencia social, etc., debían emitir un informe conjunto. Pero muy frecuentemente, se daba la situación de que el inválido requería múltiples tratamientos, físicos, psicológicos, etc., que no podían ser realizados conjuntamente. Ante esta situación era necesario priorizar y programar muy bien los tratamientos y sus horarios.

En el caso de los niños, necesitaban asistir al tratamiento de reeducación y ello le dificultaba la asistencia regular a la escuela. O bien podía darse el caso contrario, la exigencia del profesorado en la escolaridad hacía que fuera incompatible con la asistencia médica.

También se consideraba que una parte muy importante del programa de Rehabilitación era la información y educación del público, ya que las actitudes sociales de la sociedad repercutían sobre el inválido. Aconsejaban combatir dos puntos fundamentales, sobre los prejuicios contra el disminuido y sobre el escepticismo sobre las posibilidades de Rehabilitación:

“En primer lugar los prejuicios contra el disminuido y en segundo término el escepticismo, todavía imperante en algunos lugares, acerca de las posibilidades de rehabilitación. Es necesario que el público conozca la verdadera naturaleza de los impedimentos y las posibilidades de corregirlo. La educación del público ha de ser más incisiva entre los que deben estar en contacto directo con los disminuidos: los familiares, los compañeros del trabajo y los jefes de las empresas en los adultos y los maestros en las incapacidades infantiles” (26).

Todavía en esta época se mantenían actitudes contrapuestas hacia los inválidos, despertaban sentimientos que eran una mezcla de lástima y rechazo. Se

---

<sup>25</sup> Sales Vázquez R. Concepto general de Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1965; supl 1: 7-20.

<sup>26</sup> Sales Vázquez R. Op. Cit., p. 19.

consideraban dignos de lástima por encontrarse con una discapacidad o minusvalía física, pero a la vez se les rechazaba en los puestos de trabajo por el temor de que no cumplieran su jornada laboral o tuvieran un menor rendimiento. Por otra parte muchas veces se les sobreprotegía, sobre todo a los niños, impidiendo que desarrollaran todo su potencial físico, social y a veces incluso psicológico.

Un aspecto muy importante dentro de las actividades de los centros de readaptación o recuperación funcionar venía de la mano de la necesidad de readaptarles a un puesto de trabajo. En el apartado siguiente vamos a describir el debate que surgió en torno a la incorporación o readaptación laboral de los inválidos.

## 5.5. Readaptación laboral

“Todo el plan de Rehabilitación resulta inútil si no desemboca, quedando así completado, con una colocación segura” (27).

“No es suficiente con dejar cubiertas las necesidades del accidentado con una gran pensión o subsidio, sino que hay que procurarle un trabajo digno y adecuado a sus posibilidades, con el que sea posible que se gane la vida sin sentirse un estorbo en el seno de la familia y de la sociedad”(28).

Este capítulo adquiere especial importancia si tenemos en cuenta que “la propia idea de Rehabilitación, (...), nace en el contexto de la reeducación de los obreros inválidos en accidentes de trabajo” (29). Por eso en este apartado vamos a exponer las propuestas que se hicieron en torno a este tema.

La enfermedad y el traumatismo traían como consecuencia una falta de empleo, una disminución de la eficacia del individuo, una pérdida de la mano de obra y de la productividad para el país (30). Por estos motivos se hacía imprescindible

<sup>27</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV(2): 26.

<sup>28</sup> Vaquero Hernández F. La Rehabilitación de los fracturados. *Rev Esp de rehabilitación del aparato locomotor* 1962; II: 115.

<sup>29</sup> Climent JM. De la Física Terapéutica a la Rehabilitación. En prensa.

<sup>30</sup> Rehabilitación vocacional. En: Esteve de Miguel R, Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.



solucionar este grave problema y la rehabilitación se ofrecía como una ayuda para subsanarlo.

La reintegración o readaptación del inválido al mundo de la actividad laboral eficiente y productiva, constituía una de las finalidades más importantes de la Rehabilitación (31). La simple recuperación de las funciones físicas era considerada un fracaso de la actividad rehabilitadora si el paciente no era preparado simultáneamente para poder llevar a cabo un trabajo remunerado.

“La Rehabilitación vocacional o laboral tenía la finalidad de discriminar la capacidad del paciente para determinados tipos de trabajo, darle oportunidades para que se ajustara a las condiciones de trabajo y finalmente restaurar su capacidad de empleo, consiguiendo su independencia económica” (32).

Como veremos más adelante, tras alcanzar la máxima restauración física del inválido se realizaba una valoración vocacional para determinar la habilidad y posibilidades psicológicas y físicas del paciente. Después, se seleccionaba el trabajo que podría realizar de acuerdo a la personalidad e incapacidad del inválido. Posteriormente, se le instruía para el nuevo oficio, y por último se le colocaba en el puesto laboral.

Como ya hemos comentado, la finalidad del proceso de rehabilitación vocacional era conseguir la readaptación del inválido en un trabajo productivo y con una remuneración similar a la que percibían los individuos normales en la misma ocupación. Esta última fase era la que más problemas ocasionaba como veremos posteriormente. Mención especial requiere la llamada *Rehabilitación en la industria*, en la que tras llevar al trabajador a la máxima capacidad funcional desde el punto de vista médico, en vez de realizar la Rehabilitación en un centro especializado, el inválido se rehabilitaba en su propia industria (30). Se le incorporaba en un trabajo seleccionado o modificado hasta que pudiera retornar a su trabajo anterior si era posible y si no se le cambiaba de puesto.

---

<sup>31</sup> González Mas. Talleres protegidos para inválidos. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*, 1968; IV: 13-16.

<sup>32</sup> Rehabilitación vocacional. En: Esteve de Miguel R, Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963: 255.

En este capítulo se va a exponer cómo se planteó la readaptación o recuperación laboral de los inválidos, en las décadas de los años cincuenta y sesenta, tanto en el ámbito médico como en el mundo jurídico.

En España ya existía una normativa sobre el derecho del inválido al trabajo que estaba ya recogida en 1943, en la *ley de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso*. En su base tercera se contemplaba que entre sus actividades estaba la de reincorporación y reintegración al trabajo de convalecientes y curados, dentro de la competencia técnica de cada uno ellos (33).

En 1944, el *Decreto de Seguros, Bases para el seguro total*, era considerado como un antecedente para la implantación de un sistema de seguro total que proporcionaría al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio (34). Se estipulaba que la invalidez e incapacidad permanente para el trabajo, se estableciera cuando “fuera imposible o no se lograra la reeducación o readaptación profesional del productor en condiciones que le permit(ier)an obtener una remuneración equivalente a la que habitualmente percibía”. Es decir para considerar que una persona era un inválido para el trabajo, se debía de haber intentado previamente una readaptación profesional de esa persona y si ésta fracasaba se consideraba entonces la incapacidad para el trabajo.

Por lo tanto, en España no fue novedoso cuando en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en 1948, en el artículo 23 se reconocía la facultad de los inválidos al trabajo y se daba un nuevo impulso para su introducción en el mundo laboral (35):

“Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y la protección contra el desempleo.

Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por igual trabajo.

<sup>33</sup> Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.

<sup>34</sup> Decreto 23 diciembre 1944 (Mº Trabajo). Seguros. Bases para el seguro total. Boletín 13 enero (núm. 13).

<sup>35</sup> Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, Los derechos humanos. Madrid: 1977; 41-44.

Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana, y que será complementada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social” (36).

Estos principios de la Declaración, se debían aplicar en todos aquellos, que a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, no hubieran recuperado la integridad de sus funciones físicas. Estos trabajadores tenían el derecho legal de encontrar de nuevo un puesto laboral.

Los médicos exponían que la readaptación tenía importantes fines para el paciente. De un lado, acortaban la convalecencia, preparaban moral, social y profesionalmente al individuo para un mejor género de vida. Así mismo, debía reducir al mínimo su incapacidad y atenderle hasta que hubiera recuperado su potencial máximo y estuviera nuevamente en condiciones de ganarse la vida con toda independencia (37).

Para conseguir la reinserción laboral se había de trazar un plan con un programa de esfuerzos gradualmente progresivos, tanto desde el punto de vista mental como físico. Se proponía que el programa ya debía de comenzar en la cama, para ocupar los ratos de ocio y después continuar en la sección de ergoterapia (37). Además se necesitaban actividades de orientación prevocacional, formación profesional y empleo. Se utilizaba entre otros medios, la terapia mediante el trabajo dirigido, es decir la terapia ocupacional. Para trazar el programa convenía tener en cuenta en primer término la profesión previa del paciente. Lo más conveniente era dejar al paciente que continuara ejerciendo su profesión anterior, si era posible, ya que conocía las dificultades y ventajas de ese puesto de trabajo.

Ya en 1957, Bravo consideraba que para potenciar la reincorporación laboral del discapacitado tras la recuperación, era necesario tomar distintas medidas (38). En primer término había que realizar un censo detallado de empleos y colocaciones de

---

<sup>36</sup> García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.

<sup>37</sup> Houssa P. Readaptación profesional de los trabajadores con incapacidad física parcial. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 113-126.

disminuidos. Pero a su vez se intentaba en la manera de lo posible, que el inválido ejerciera su oficio o profesión anterior o similar, y además en igualdad de condiciones respecto a los trabajadores no inválidos.

Bravo también aconsejaba obligar a las empresas a dedicar un “coeficiente” de sus puestos de trabajo a las personas con déficit físico. También consideraba que se podían reservar ciertos empleos a los inválidos, fundamentalmente aquellos que por sus características pudieran ser más cómodos de realizar en función de la discapacidad de la persona. Además cuando el paciente no pudiera llevar a cabo su antiguo oficio, era necesario proporcionarle formación profesional, sin perder por ello el beneficio de cualquier prestación de Seguridad Social, hasta su reincorporación al trabajo.

Este autor, también propugnaba la creación de **talleres protegidos** para inválidos, para aquellos que pudieran trabajar pero no estuvieran capacitados para competir en el mercado normal del empleo. Estos talleres ofrecerían trabajo remunerado, con la oportunidad de ascensos e incluso el traslado en el futuro si fuera posible a un empleo normal. E incluso a las personas que no pudieran salir de su domicilio ofrecerles la posibilidad de realizar un trabajo útil y remunerado en sus propios hogares. Más adelante veremos con mayor detalle la propuesta de cómo debían de funcionar y qué objetivos tenían.

Bravo preveía la necesidad de utilizar métodos de orientación profesional, para examinar los antecedentes médicos, culturales y profesionales de los inválidos. Aplicarles los tests necesarios de capacidad, aptitud, etc., y estudiar la situación personal y familiar, para poder dictaminar al final sobre sus posibilidades de empleo. Por último aconsejaba que el Estado debía de disponer de una legislación social que regulara los aspectos anteriormente expuestos.

Cuando al inválido no le fuera posible realizar el antiguo trabajo que tenía, se consideraba que se le debía de trazar un perfil médico-psicotécnico, constituyendo la

---

<sup>38</sup> Bravo. Aspectos administrativos y sociales de la rehabilitación. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 299-304.

fase de valoración vocacional o de la capacidad funcional (37, 39). Este perfil médico-psicotécnico era una combinación del perfil fisiológico individual, que representaba las aptitudes funcionales del individuo en relación con el trabajo, y del perfil psicotécnico que era el esquema de los datos relativos a las aptitudes profesionales y funcionales residuales. Este documento lo habían de preparar conjuntamente el médico y el psicólogo, y constituía un retrato completo del perfil laboral del individuo. También era necesario conocer el perfil profesiográfico, es decir las exigencias requeridas para poder desarrollar ese puesto de trabajo y esta información la aportaban los técnicos especializados en cada oficio.(39).

El examen de la capacidad laboral comprendía varias facetas de sucesiva aplicación. En primer lugar se realizaban las pruebas de capacidades físicas, valorándose aspectos sensitivo-sensoriales, visual, auditivo, táctil, etc., También se examinaba el equilibrio en bipedestación y sedestación, la cantidad gravimétrica que el individuo podía levantar, empujar, arrastrar y cargar. Era imprescindible cuantificar la cantidad de limitación articular y muscular así como la coordinación motriz. También se valoraba la habilidad fina o destreza de miembros superiores.

Conocido el perfil médico-psicotécnico y el profesiográfico, se debía de reunir el grupo de profesionales para intentar la reintegración profesional. En este grupo estaban incluidos la trabajadora social, el consejero de orientación profesional, el consejero de readaptación y el médico.

La trabajadora social exponía los detalles de su informe social con las ramificaciones administrativas y jurídicas necesarias. Aportaba también los datos sobre los problemas familiares y económicos que tenía el minusválido.

El consejero de orientación profesional daba cuenta del resultado de sus exámenes psicológicos y psicotécnicos.

El consejero de readaptación desempeñaba un doble papel: señalaba las posibilidades económicas y las condiciones de empleo en los diferentes sectores del mercado de trabajo, teniendo en cuenta las dificultades inherentes a la colocación de personas parcialmente incapacitadas.

---

<sup>39</sup> Casadó Perich A. El centro de Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1965, suplem 1; 21-39.

Por su parte el médico no debía de formular un diagnóstico de carencia, sino todo lo contrario, debía establecer un balance de las aptitudes residuales del paciente de cara a su readaptación laboral.

La readaptación funcional era en este momento un tema candente en el colectivo médico. Ya en octubre de 1954, se celebró en Valencia el V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), desarrollándose una ponencia sobre rehabilitación laboral (40).

Dicha ponencia versó sobre la trascendencia socioeconómica de la Rehabilitación laboral en accidentados del trabajo, especialmente mineros. Los autores daban cifras muy significativas, a título de ejemplo señalaban que durante el periodo de 1947 a 1951, en España hubo 9.316 mineros accidentados del trabajo con secuelas que les incapacitaron permanentemente y originaron un desembolso de capital para rentas de 415.837.044 pesetas. Durante el mismo periodo murieron 5.704 mineros. Como cada vez había menos mineros, porque los accidentes mortales eran muy frecuentes y los mineros buscaban otros trabajos menos pesados, exponían que el problema de mineros lesionados tenía una trascendencia económica enorme. Para estos autores la Rehabilitación debía de comenzar en el primer momento del accidente y continuar hasta la máxima recuperación.

En este congreso también se resaltó la idea de que la cirugía y la Rehabilitación se complementan y debían actuar simultáneamente desde el principio hasta el fin. La Rehabilitación no debía de formar un periodo independiente en el tratamiento de los traumatizados, sino que se debía de realizar contemporáneamente al tratamiento traumatológico.

Entre las conclusiones que se extrajeron de esta ponencia sobre Rehabilitación laboral destaca que ya entonces, señalaban la necesidad de crear centros de traumatología para tratar a esos accidentados laborales, pero también la de centros de Rehabilitación laboral y de reeducación. También resaltaron la necesidad

de modificar la ley existente para poder recuperar a un mayor número de pacientes mediante la Rehabilitación y no con la aportación de las indemnizaciones o pensiones con las que la mayoría de las veces se sesgaba la reincorporación al trabajo del accidentado.

En 1956, se formulaba el *decreto del 22 de junio sobre la Legislación de Accidentes de Trabajo*, en la que destacaba la ampliación de la cobertura a los trabajadores agrícolas (41). El capítulo VIII se dedicaba a la rehabilitación y las revisiones, porque se consideraba que la Rehabilitación tenía la función de colocar al paciente en la "recuperación más completa posible de su capacidad funcional y profesional para el trabajo". Este tratamiento debía de realizarse como parte complementaria de la asistencia médico-farmacéutica y quirúrgica, debía de contribuir a una curación más eficaz, y en plazo más corto o permitir una mayor aptitud para el trabajo. Los patronos o entidades aseguradoras que no tuvieran servicios especiales de Rehabilitación podían utilizar los de la Caja Nacional de Seguros de Accidentes del Trabajo.

Pero a pesar de la existencia de este decreto García Díaz, en 1957, todavía comentaba que en España las leyes que regulaban las compensaciones a los accidentados en el trabajo estaban fuertemente animadas por el espíritu de ayuda al desvalido (42). Aunque era una "inspiración muy noble", según sus palabras, la actitud de la sociedad y del Estado debía de ser otra. Se consideraba necesario adoptar nuevos métodos de recuperación de los lesionados, llevándolos a su máxima capacidad funcional y eso también implicaba colocarles en una situación de vuelta al trabajo. Para ello consideraba que debían de existir los Centros de Rehabilitación Laboral, porque además eran útiles para defenderse de todos aquellos individuos que "no querían" su recuperación laboral porque entreveían alguna posibilidad de beneficiarse abusivamente de la Ley de Accidentes del Trabajo de 1956. Además, también se denunciaba que muchos incapacitados, amparándose en su invalidez

---

<sup>40</sup> García Díaz F, Vallina García V. El problema de Rehabilitación laboral en accidentados en el trabajo, especialmente mineros. Su trascendencia social y económica. *Acta Ortopédica-traumatológica Ibérica* 1954; II: 375-440.

<sup>41</sup> Decreto 22 junio 1956 (Mº Trab. BB.OO. 15 julio, rect. 3 sept). Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo.

preferían continuar oficialmente como inválidos y percibir su compensación económica, dedicándose extraoficialmente a otras actividades lucrativas (43). Como vemos, se detectaba una preocupación respecto a la falta de colaboración del paciente en el tratamiento, y se pensaba que los centros de Rehabilitación laboral podían ayudar a motivar al paciente a luchar por conseguir un futuro puesto de trabajo.

Otro dato que hemos encontrado sobre el interés que despertaba la readaptación laboral, fue el hecho de que en 1957 por iniciativa del Instituto Nacional de Previsión se desplazara al extranjero una comisión oficial. Estaba presidida por el Director Técnico de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo y tenía el objetivo de estudiar e inspeccionar establecimientos modernos de rehabilitación laboral y especializada en los traumatizados, de Francia e Inglaterra, con el preconcebido propósito de instalar centros similares en nuestro país (Asturias, Barcelona, Madrid, Valencia, etc.) (42).

En este viaje se recabó mucha información que apremiaba en la necesidad de crear estos Centros de rehabilitación Laboral. En Escocia, alrededor de 1940 surgió el primer centro de rehabilitación laboral en Glasgow. Surgió de forma experimental para intentar reintegrar a los mineros accidentados que tras una etapa en el hospital y su alta, no estaban en condiciones físicas de reincorporarse de nuevo a su duro trabajo. Se propuso realizar una experiencia durante un año para intentar reincorporar a estos trabajadores. Así con la ayuda de un traumatólogo, un fisioterapeuta y una celadora social consiguieron que al final de un año de prueba se hubiera reincorporado al trabajo el 60% del grupo inicial.

También presentaron datos de Inglaterra en los que en el año 1955 consiguieron reincorporar al 90% de los pacientes a su trabajo tras el alta médica, y el 95% antes de transcurrir dos meses. Solamente se retiró del trabajo al 1,8% y fue por motivos de edad muy avanzada o circunstancias extraordinarias, y solamente el 0,3% "se dejaron por imposibles".

---

<sup>42</sup> García Díaz. La rehabilitación y readaptación al trabajo del obrero accidentado. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 217-231.



Algunos médicos consideraban que la readaptación laboral era responsabilidad directa del médico. Así para Houssa, médico francés, la readaptación no era una nueva forma de medicina, sino una disciplina de concepción diferente, que constituía, junto con la medicina curativa habitual y la medicina preventiva, el tríptico perfecto del arte médico (37). Continuaba, alegando que el médico no podía limitarse exclusivamente a usar los mejores métodos y más rápidos de curación médica. Nunca debía descuidar la importancia que podría tener la lesión y las reacciones psicológicas que ésta originara en el porvenir profesional del paciente.

El médico no debía olvidar que el enfermo es un ser humano al que hay que ayudar para que vuelva a realizar su vida normal, por lo que también debía regresar a su puesto laboral. Para Houssa, el médico tenía una parte de responsabilidad cuando el paciente tras ser dado de alta médica no conseguía encontrar un empleo compatible con su estado que le asegurara un medio de subsistencia.

En el ámbito internacional, la readaptación laboral del inválido también era motivo de intensa actividad y de la propuesta de distintas iniciativas. En 1959, el Seminario Europeo de Derecho protegido concluía diciendo que el Estado era el responsable de que el empleo protegido existiera para todos aquellos que lo necesitaran, dado que no era una cuestión de caridad sino de derecho (31).

Pero ya en 1955, en la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, se proponía el desarrollo de los talleres protegidos para recuperar laboralmente a los inválidos (31). También se adoptó una recomendación internacional sobre la rehabilitación laboral que incluía la regla por la cual no se debía hacer distinción en perjuicio del lisiado con respecto a su empleo eventual por su incapacidad (44). Los fines inmediatos de esta Comisión Mundial eran iniciar programas para estimular a los patronos a contratar lisiados, proveer empleo asegurado y desarrollar orientación vocacional, entrenamiento y colocación alrededor del mundo.

---

<sup>43</sup> Anónimo. Sociología y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 69.

Los talleres protegidos se consideraba que debían de estar bajo supervisión médica y vocacional, y su finalidad era enseñar a todas las personas inválidas que no podían ser empleadas en medios competitivos, con el fin de ofrecer un trabajo útil y remunerado, y además mejorar las oportunidades para conseguir un empleo competitivo ordinario.

Los talleres protegidos eran unidades de tratamiento para los trabajadores cuyos problemas físicos, psicológicos o sociales exigían la implantación de ayudas especiales, buscando desarrollar en estos individuos los potenciales existentes para conseguir empleos remunerados.

Los talleres protegidos se diferenciaban de otra empresa cualquiera en que su finalidad no eran los beneficios económicos, pero su planificación, mantenimiento y desarrollo debían obedecer a las mismas consignas de productividad existente en cualquier empresa. No buscaban sólo dar empleo a determinados inválidos, sino también fabricar productos o desarrollar servicios dentro de los mercados competitivos.

Los objetivos de los talleres protegidos eran entre otros, valorar las disposiciones del discapacitado para el trabajo en tareas normales, desarrollar habilidades residuales, formar profesionalmente al inválido en trabajos competitivos, dar una oportunidad de trabajo temporal antes de que se incorporara independiente al mundo laboral y por último dar un trabajo remunerado que no podía conseguirse en empresas normales.

La financiación de estos talleres protegidos podía ser por parte de contribuciones del Estado y Sindicatos, cooperativismo entre inválidos, contribuciones voluntarias de la comunidad o por la creación de estos talleres por grandes industrias con cierto contingente permanente de inválidos jóvenes. Era imprescindible que estuvieran localizadas estratégicamente y con buenas comunicaciones para que los discapacitados pudieran acceder fácilmente.

Cuando estos talleres fracasaban habitualmente no era por falta de productividad de los empleados sino que solía ser por una actividad empresarial inadecuada. Porque no se debía confundir la misión de estos establecimientos con las de la caridad disfrazada, sino que era necesaria una adecuada gestión para poder desenvolverse brillantemente en la competición comercial del mercado.

En 1961, se continuaba insistiendo en el ámbito internacional en la necesidad de que el inválido se reincorporara al mundo laboral. En dicho año la Sociedad Internacional para Rehabilitación del lisiado inauguraba una Comisión Mundial de Rehabilitación Vocacional (44). El objetivo principal era establecer y poner en ejecución el fin de la Rehabilitación, es decir habilitar al impedido para encontrar trabajo y ganarse la vida.

En España, en el año 1961, como reflejo del interés y preocupación que despertaba la recuperación de los trabajadores y su vuelta al mundo laboral, aparecía el *Decreto del 13 de abril sobre Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional* (45). En este decreto se reconocía que

“era muy incompleto el concepto de reparación de las consecuencias de un accidente de trabajo o enfermedad profesional si se limita tan sólo a la asistencia sanitaria y a la prestación económica. Se hace preciso ampliar (...) una eficaz acción preventiva del accidente o la enfermedad profesional, como para el desarrollo de las modernas técnicas de rehabilitación de los accidentados, a fin de reincorporarlos, en la medida de lo posible a la población laboral activa”.

En este Decreto se propugnaba la instalación de servicios psicológicos y de orientación, selección y readaptación de postaccidentados del Seguro de Accidentes. Debían de someterse a tratamiento rehabilitador todos los casos en que estuviera indicada, hasta obtener “la más completa recuperación posible. Si el trabajador se negaba a someterse a Rehabilitación o no cumplía las prescripciones médicas, podía ser suspendido en la percepción económica o ser sancionado. Además, cuando los

---

<sup>44</sup> Noticiario. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 89-96.

Servicios Médicos autorizasen la vuelta al trabajo se debía de reincorporar a éste, y la pensión recibida se incrementaría hasta el salario normal aunque el número de horas trabajado fuera inferior a las ordinarias. Como vemos se recompensaba la vuelta al trabajo, porque el paciente ampliaba la pensión que recibía hasta su salario normal.

En España, en 1963 se promulgaba la ley de Seguros Sociales, Bases de la Seguridad Social (46). Esta ley constituía el texto fundamental que ordenaba la Seguridad Social española y surgía como un moderno sistema de Seguridad Social, fruto de los “intensos avances que se registran en este orden de realizaciones durante los últimos veinticinco años” desde los Seguros Sociales a un sistema de Seguridad Social. Su campo de acción cubría a los trabajadores y su familia, y se extendía a la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, enfermedad común o profesional y accidentes laborales o no. También daba prestaciones económicas en los supuestos de incapacidad laboral transitoria, invalidez, vejez, desempleo, muerte y supervivencia. Existía un régimen de protección a la familia del trabajador, viudas y huérfanos. También cubría los Servicios Sociales encargados la Medicina Preventiva, Higiene y Seguridad en el Trabajo y Reeducación y Rehabilitación de inválidos y se autorizaba la propuesta de creación de un Instituto Nacional de Seguridad, Rehabilitación y Accidentes de Trabajo.

Esta ley en el ámbito de la Rehabilitación describía muy claramente el objetivo de ésta, y resaltaba su necesidad tanto desde el punto de vista humano e individual como desde el económico social.

“la recuperación física o fisiológica del inválido, cuando ésta es posible, y en otro caso, su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión, son objetivos a cumplir, tanto desde el punto de vista estrictamente humano e individual, devolviendo al inválido la conciencia de su dignidad personal y de su utilidad social, cuanto desde el punto de vista estrictamente económico al hacer posible su reincorporación al proceso productivo. No puede discutirse por ello que los costos de recuperación, por cuantiosos que puedan parecer, son

---

<sup>45</sup> Decreto 13 abril 1961, núm. 792/61 (Mº Trabajo). Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Boletín-gaceta 30 mayo 1961 (núm. 128).

<sup>46</sup> Ley 28 diciembre 1963, núm. 193/63 (Jefatura del Estado). Seguros sociales. Bases de la Seguridad Social.

ínfimos al lado del derroche de recursos humanos, sociales y económicos e implican el consentir situaciones permanentes de invalidez si éstas son corregibles”.

Una de las preocupaciones principales de la Ley era la de potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas inválidas a las asistencias preventivas, recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras.

Dos años después de la aparición de la Ley sobre Bases de la Seguridad Social se aprobó el texto articulo del desarrollo de la misma (47,48). Se publicó así el decreto del 21 de abril del año 1966, que hacía especial énfasis en el proceso de Rehabilitación. Ya en el capítulo 32 exponía que todos los beneficiarios de la Seguridad Social tenían derecho a la reeducación y rehabilitación. El contenido de estas ayudas podían consistir en

“tratamientos de recuperación fisiológica y funcional, procesos de readaptación, cursos especiales de formación profesional adecuados a las necesidades y aptitudes del inválido, así como, en su caso, medidas adicionales de empleo selectivo”.

Tanto los tratamientos como los cursos de formación profesional, siempre que se considerasen necesarios para el trabajador eran considerados como obligatorios. Si el beneficiario los rechazaba o los abandonaba se le podía sancionar con la suspensión del subsidio o la pérdida de las prestaciones de invalidez. En el artículo 140 del citado Decreto, se especificaba la forma de ejecutar el plan o programa de recuperación en el ámbito laboral. Este se fijaría atendiendo a las “aptitudes y facultades residuales, edad, sexo, antigua ocupación y sus deseos de promoción social, dentro de las exigencias técnicas y profesionales del empleo”.

El tratamiento sanitario recibido era el adecuado a su proceso morboso, haciendo especial hincapié en la rehabilitación funcional, medicina física y ergoterapia. Podía llevarse a cabo tanto en los servicios sanitarios propios de la

---

<sup>47</sup> Decreto 21 abril 1966. Seguros Sociales. Texto Articulado primero de la ley de Bases de la Seguridad Social, nº 907/66. BOE 22 abril 1966, nº 96.

<sup>48</sup> González Sánchez C. *Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*. Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina 1970; LVXXXVII: 1-31.

Seguridad Social, como en los concertados, en los de Mutuas Patronales u otras empresas debidamente coordinadas.

El programa de recuperación debía de constar de una orientación profesional para el beneficiario, en la que se debían señalar los objetivos de *readaptación* al trabajo habitual anterior o bien de *reeducación* para un nuevo oficio o profesión.

La formación profesional cubriría los objetivos de la fase de orientación profesional cuando el paciente no pudiera desempeñar su antiguo empleo y hubiera que readaptarle a su trabajo habitual o bien reeducarle para un nuevo oficio o profesión. Los cursos de formación se podían realizar en centros señalados al efecto, ya fueran de la Seguridad Social o concertados con la Organización Sindical, la Iglesia y demás entidades públicas o privadas, o en las propias empresas de acuerdo con un contrato especial.

A pesar de ser la ley del año 1963 y el decreto de 1966, González Sánchez exponía que no fue sino hasta el año 1969 cuando se iniciaron los estudios necesarios para cumplir lo dispuesto sobre orientación, formación profesional y colocación de inválidos (48). Según este mismo autor, había que tener en cuenta además que la única disposición para favorecer el trabajo de los discapacitados existente en esos momentos era la Orden ministerial del 7 de noviembre de 1968 por la que se concedían ayudas a "Centros de Empleo protegido para trabajadores minusválidos" y se daban las normas para que dichos centros se inscribieran en un registro dependiente de la Dirección General del Trabajo (48).

Otra nueva iniciativa fue la de 1969, cuando se forma una Comisión para elaborar un informe para estudiar y plantear soluciones para la orientación, la formación profesional y el empleo de los discapacitados (49). Tenemos que llamar la atención sobre el gran número de años que habían pasado desde 1956, en que la ley del Seguro de Accidentes del Trabajo daba ya especial importancia a la rehabilitación incluso después del alta. A pesar de estar en la legislación casi veinticinco años después todavía no se había plasmado en la práctica.

---

<sup>49</sup> Orozco Acuaviva. Ideario sobre Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V(3): 45-48.

Orozco exponía que se proponía que en cada empresa existiera la obligatoriedad de emplear un porcentaje de inválidos, como se hacía en otros países (49). A cambio el Estado ofrecía a estas empresas importantes ventajas fiscales. Pero parece ser que esta propuesta presentaba algunos inconvenientes. El patrón frecuentemente rechazaba al inválido por estimar, erróneamente, que iba a ser improductivo. Por parte del resto de los trabajadores consideraban al trabajador inválido como un competidor desleal ya que pensaban que no iban a cumplir su trabajo. Además incluso el rendimiento del trabajador con discapacidad iba a ser menor cuando se le imponía un empleo estatal que cuando era un empleo libre elegido por él.

Parreño, en esta misma línea de argumentación, exponía que las principales barreras con las que se encontraba la readaptación del discapacitado al trabajo eran la legislación, y los prejuicios sociales de los empresarios y los trabajadores sanos (50). Los empresarios argumentaban como excusa para no admitir a un incapacitado, el hecho de que no era un trabajador eficiente o tenía mayor riesgo de accidentalidad laboral. Sin embargo esto no era así, y estadísticamente se había demostrado en la “Ace Electronics Associates in Massachusetts”. Esta empresa americana tenía 275 empleados, con un 75% de discapacitados y durante once años este colectivo no tuvieron ningún accidente laboral.

En otra gran compañía americana, según también referencia de Parreño, se censó un absentismo por enfermedad superior al 7 por 100 en los trabajadores sanos, mientras que en los incapacitados fue menor del 5,6%. Es decir que no sólo el absentismo por enfermedad en los discapacitados era comparable al de los “sanos”, sino que era incluso menor.

Por otra parte, con los compañeros de trabajo podía existir un ambiente hostil porque se le auguraban al discapacitado ventajas laborales respecto a ellos y eso creaba una atmósfera molesta para los trabajadores y el empresario.

---

<sup>50</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV(2): 20- 39.

En esta época de los años cincuenta y sesenta, los agricultores incapacitados suponían un problema importante dado el elevado número que suponían y además la dificultad de readaptarlos al trabajo. Por lo general vivían en poblaciones pequeñas y quizá su espíritu de lucha se pensaba que era algo menor que el del obrero industrial (51). Además no debemos de olvidar que el trabajo en el campo era un fundamentalmente físico con lo que una persona con una discapacidad física podía ver notablemente disminuida su capacidad de trabajo. Parreño proponía la creación de “polos de desarrollo agrícola”, centralizando los empleos por medio de las Hermandades del campo para individuos previamente formados.

Los resultados para la readaptación al trabajo, tras la Rehabilitación eran muy alentadores. Parreño señalaba que en el Institut de Readptation de Nancy, de 2.000 pacientes tratados, el 80% eran aptos para desempeñar el trabajo anterior aunque en ocasiones necesitaban alguna adaptación, el 10% puede desempeñar otra profesión y, el 10% no pueden desarrollar un trabajo competitivo, debiéndolo realizar en talleres protegidos o en su domicilio (52).

En la cita anterior, Parreño señalaba que Grandeville obtenía unos datos similares, se reincorporaban al trabajo anterior el 50%, el 18% debía de adaptar los métodos de trabajo pero podían desempeñar su empleo anterior, un 10% se reincorporaba a un nuevo trabajo, el 12% no eran aptos para el trabajo competitivo y lo realizaban en talleres protegidos, y el 10% desarrollaban el trabajo en su casa.

Llama la atención el hecho de que en los procesos cardiológicos, según Scott, el colofón de la rehabilitación terapéutica-médica era el reempleo profesional y se obtuviera el éxito en el 50 al 75% de los cardíacos que no habían entrado en situación de incapacidad máxima (53).

A continuación vamos a estudiar una nueva propuesta surgida en la readaptación del paciente trabajador denominada *Rehabilitación en la industria* (30).

<sup>51</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I(1): 33-37.

<sup>52</sup> Parreño Rodríguez JR. Op. Cit., p 33.

<sup>53</sup> Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.



Consistía en la realización del tratamiento en su industria en vez de en un centro especializado. En ella hacía la *forma ideal de Rehabilitación*, en palabras de Esteve de Miguel, porque volvían a su puesto de trabajo o bien a otro modificado, y en su ambiente habitual comenzaban su proceso de recuperación.

Los principios básicos de en la labor en otros centros eran los siguientes. En primer lugar, se consideraba que el paciente debía estar ocupado el máximo tiempo que le permitiera su estado, realizando fisioterapia individual o en grupo, trabajo con maquinaria, juegos, etc. Este extenso programa aceleraba el retorno de la capacidad del trabajo. Era necesario restaurar la habilidad, velocidad y confianza del paciente en el trabajo. Esto se llevaba a cabo haciéndole manejar herramientas o máquinas que requirieran los movimientos que se deseaba entrenar.

A veces era necesario modificar las herramientas y máquinas para adaptarlas al trabajo controlado de determinadas articulaciones, ya que se debían evitar los movimientos de sustitución indeseables.

Por otra parte era imprescindible evitar la fatiga, aunque el trabajador debía de estar ocupado el máximo tiempo posible. Se considera muy importante que la empresa estuviera en contacto con el Centro de Rehabilitación. Así tras el planteamiento del trabajo seleccionado, se valoraba la evolución del paciente y se realizaba un pronóstico cronológico y de resultado final para predecir el resultado final y el tiempo que requeriría el tratamiento en su fábrica.

\*\*\*\*\*

En este último capítulo hemos visto cómo se planteó la readaptación laboral del inválido y en este sentido habría sido según Parreño una transformación del “*hombre consumo en hombre rendimiento*”, según sus palabras (54). El hombre consumo generaba gastos mínimos para su supervivencia y gastos indirectos por lo que dejaba de producir él y las personas que tenían que cuidarle. El hombre rendimiento transformaba su vida por completo, ganaba para vivir, producía y contribuía a la nación. Con la Rehabilitación habíamos conseguido la transformación de un ser pasivo en activo, integrado totalmente a la sociedad.

---

<sup>54</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. Op. Cit., p. 37.

En el proceso de readaptación del paciente al trabajo, estaba ya implícito el actual concepto de rehabilitación integral. El paciente no sólo debía de recuperarse en su aspecto físico, sino que al adaptarse a su puesto de trabajo conseguía su reintegración al entorno social, su familia, sus amigos, cubría sus necesidades económicas y obtenía una satisfacción psicológica. También en este concepto de rehabilitación integral están incluidos los aspectos educativos, que ya también abordan los rehabilitadores de la época. Si no se conseguía resolver la situación laboral del inválido, todo el programa de Rehabilitación se convertía en un gasto inútil porque no se conseguía el fin último de la rehabilitación.

## **6. EL PERSONAL ESPECIALIZADO: ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y FORMACION**

## 6. EL PERSONAL ESPECIALIZADO: ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y FORMACIÓN

“La base sobre la que se asienta el éxito o el fracaso del tratamiento rehabilitador del paciente, no es ni la modernidad del edificio ni la sofisticación del instrumental sino la **capacidad técnica y humana del personal** que integra el equipo de rehabilitación” (1).

La Rehabilitación, en España y en las décadas de los años cincuenta y sesenta, se estaba configurando como una nueva disciplina con unas áreas de conocimiento y unos objetivos muy definidos. Esta nueva actividad especializada iba a ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, dirigido por un médico especialista. El facultativo, para llevar a cabo su labor, necesitaba un conjunto de colaboradores especialistas en técnicas auxiliares específicas. Estas técnicas especializadas constituían lo que algunos autores han llamado medios auxiliares de la Rehabilitación (2). A continuación vamos a revisar los argumentos que se esgrimían sobre la necesidad de un equipo de profesionales en este ámbito y cuáles eran sus actividades asistenciales y su formación científica.

### 6.1. Trabajo en equipo

Para efectuar adecuadamente un tratamiento rehabilitador, era necesario la colaboración de un equipo de profesionales en el área de la invalidez. La OMS en su primer Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica, reafirmaba este modelo de actuación cuando exponía que el trabajo en equipo era imprescindible en esta disciplina (3). Apuntaba que debían de colaborar conjuntamente los servicios médicos, los educativos, los profesionales y los sociales. De este modo, el equipo debía de estar integrado por el terapeuta profesional o encargado de la ergoterapia, el ortopeda o encargado de la fabricación y ajuste de los aparatos, el psicólogo, el fisioterapeuta, el educador y el médico especialista. En algunos casos podía ser

---

<sup>1</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 158.

<sup>2</sup> Roldán Alvarez A. Medios auxiliares en Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967; 1: 7-88.

<sup>3</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe.* Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos, 1958, 158. Ginebra. OMS.

necesaria la colaboración de otros médicos especialistas, con la función de ejercer de consultores en determinadas áreas.

Para la OMS, cada miembro del equipo debía de conocer el lugar que le correspondía en el conjunto, y tener una idea exacta de las funciones, los métodos, las limitaciones y las competencias de cada uno de los integrantes del resto del equipo. También resaltaba que nunca debía de aplicarse a un “impedido” un programa sin la indicación o asesoramiento de un médico. Se insistía en la necesidad de revisiones periódicas del paciente por todo el equipo, y que debía de ser el médico quien indicara las modificaciones importantes ya fueran médicas, educativas, profesionales o sociales en el conjunto del tratamiento rehabilitador.

Las Naciones Unidas, también estaban de acuerdo con la OMS en la necesidad de un equipo de técnicos en el programa de rehabilitación para los inválidos, pues señalaban que sólo podría realizarse con éxito el tratamiento si los miembros de los servicios médicos, educativos, sociales y vocacionales trabajaban en equipo (4). Y además este equipo debía de estar dirigido por un médico.

En España, para González Más, los integrantes de este equipo debían de tener unas cualidades genéricas indispensables para la obtención de buenos resultados en el tratamiento (5). Se consideraba que era imprescindible la aceptación de la responsabilidad en el trabajo encomendado, tener disposición para manejar las numerosas reacciones de desaliento que podían tener los incapacitados, ser capaz de reconocer y controlar los prejuicios que pudieran surgir con este tipo de pacientes. También era necesario un espíritu de autocrítica y de reconocimiento de la contribución de otros profesionales, así como la disposición para asumir la autoridad en un momento dado.

González Más consideraba necesaria una íntima colaboración entre el cirujano ortopeda, el reeducador, el neurólogo y cuantos sanitarios intervinieran en la lucha contra la invalidez, y no debía de limitarse al pre y postoperatorio, sino que se

---

<sup>4</sup> Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.

iniciaba con el diagnóstico de la enfermedad. Como ejemplo exponía que se debía vigilar la posición del paciente durante el encamamiento para evitar la aparición de deformidades. O en el caso de la hemiplejía aconsejaba vigilar y colocar en posición adecuada el hombro paralizado evitar que ocurriera una periartritis escápulo-humeral (6).

En esta misma línea, Parreño afirmaba que se requería un equipo especializado para el tratamiento del inválido, e incluso añadía que este tratamiento debía entrar bajo el campo de la sociología, por lo que se necesitaba incluir un técnico de este campo dentro del equipo de rehabilitación (7).

Vega Díaz, iba más allá y consideraba que se debían incluir en este equipo de readaptación también a los médicos de empresa y a los profesores de “cultura física” como detectores de los primeros síntomas de la invalidez y colaboradores en el tratamiento (8). Para este autor, la familia y amigos también entrarían a formar parte del equipo de tratamiento, en cuanto podían ayudar al inválido en múltiples facetas.

Con la aparición del segundo Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS, se reafirmó esta idea sobre la necesidad de un equipo de profesionales (9,10). Además aportó un importante contenido en cuanto a la claridad de las definiciones y conceptos expresados en torno a esta actividad especializada. Recordamos que en este segundo Informe se definía la Rehabilitación como la utilización combinada y coordinada de las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, para adaptar o readaptar al individuo y llegar a conseguir el más alto nivel de capacidad funcional posible. Para conseguir este objetivo se reafirmaba la idea de que era necesaria la colaboración del personal

<sup>5</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153-168.

<sup>6</sup> Viladot A. La cirugía ortopédica en la rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.

<sup>7</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I(1): 33-37.

<sup>8</sup> Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.

<sup>9</sup> Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS. *Segundo informe*. Ginebra: 1969. Informe técnico nº 419.

<sup>10</sup> Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS. *Segundo informe (B)*. Traducido por González Espejo M, García Soro JM. *Rehabilitación* 1969; 3: 487-512.

especializado. Además de los profesionales ya comentados previamente en el primer informe de la OMS, en este segundo informe se aconsejaba también la participación de logoterapeutas y audiólogos, “prospectores” de empleo, consejeros vocacionales y terapeutas recreacionales. También se comentaba que las asociaciones sociales y voluntarias podían participar en este equipo. Por último destacaban que el propio paciente y los miembros de su familia podían ser en ciertas circunstancias, auxiliares esenciales del equipo.

El médico especialista en Rehabilitación debía ser el director médico del centro y del equipo de Rehabilitación (5). Entre sus funciones destacaba en primer lugar, su papel de integrador y coordinador de la acción de todo el personal del centro. Además, bajo su responsabilidad estaba la de indicar las técnicas rehabilitadoras de cada paciente. Debía de tener la capacidad de establecer el espíritu de equipo entre todos los componentes. Y por último, era el encargado de valorar los resultados obtenidos periódicamente en sesiones clínicas, así como discutir otros problemas relacionados con el paciente.

Como se ha venido poniendo de relieve a lo largo de este periodo, estos cuidados médicos dispensados a los inválidos iban llevados a cabo por personal especializado. Poco a poco se fue consiguiendo el reconocimiento oficial de estos técnicos especialistas en distintos ámbitos dentro del tratamiento rehabilitador. Los fisioterapeutas fueron uno de los primeros que consiguieron este reconocimiento. Sin embargo los médicos tuvieron que esperar hasta el año 1969 para que se consiguiera la institucionalización de su especialidad. Iremos viendo cómo se intentó dar respuesta a estas necesidades en los distintos campos dentro de la Rehabilitación.

## **6.2. Personal paramédico**

En este apartado vamos a exponer el trabajo y la formación de los profesionales de la terapia ocupacional, la fisioterapia, la logopedia, la psicología, la ortoprotésica, la enfermería y la asistencia social.

---

### 6.2.1. TERAPIA OCUPACIONAL o ERGOTERAPIA

Los profesionales que llevaron a cabo esta actividad especializada recibieron distintos nombres. Para los autores francófonos, esta disciplina recibía la denominación de ergoterapia, de ergos como trabajo y terapia como curación, pero los anglosajones preferían el nombre de terapia ocupacional. Ambos nombres se utilizarán a lo largo de este trabajo. Esta disciplina se definía como "la terapéutica por la orientación y el trabajo, es pues, una actividad mental y física prescrita y guiada para contribuir a acelerar la recuperación de enfermedades o injurias traumáticas o quirúrgicas" (11). Ofrecía un conjunto de terapias basadas en el trabajo y dirigidas tanto a procesos físicos como psíquicos, sin embargo todavía en 1962, se hablaba de ella como una técnica moderna, poco conocida en nuestro país, y que no obstante daba magníficos resultados (12 ).

En este sentido, la OMS ya en su primer informe, definía la Terapia Ocupacional como

"La disciplina que persigue la restauración de las funciones defectuosas mediante labores de artesanía o trabajos industriales; no sólo trata de que realice los actos de la vida cotidiana (comer, vestirse, etc.) (...) sino también de devolverle su aptitud para el trabajo. En el caso de los niños la ergoterapia debe mejorar el estado funcional mediante la organización de juegos y otras actividades de diversión o recreo" (13).

La definición de la OMS era muy avanzada, ya que consideraba que la Terapia Ocupacional era una forma de repetir mediante una actividad, un movimiento terapéutico dándole utilidad funcional para el paciente. Simultáneamente, era útil para estudiar las posibilidades laborales que le quedaban al inválido después de la lesión. Como hemos visto anteriormente, en España, dentro del colectivo médico, poco a poco se iba abandonando la idea de que una pensión zanjaba el problema del disminuido físico. Por este motivo planteaban distintas posibilidades terapéuticas con la finalidad de ir más allá de la pensión económica y

<sup>11</sup> Moret Branyas. Terapia ocupacional y orientación profesional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 27.

<sup>12</sup> Ruíz García H. Aspecto médico, social y laboral de la Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; 2: 49-63.

<sup>13</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe. Op. Cit., p.12.*



readaptar al lesionado a un puesto de trabajo, para que así consiguiera su independencia y además fuera útil a la sociedad.

Posteriormente, en su Segundo Informe del Comité de Expertos de Rehabilitación Médica, la definición se fue completando y matizando. Explícitamente se exponía que para llevar a cabo este tipo de tratamiento se precisaba una persona cualificada en la materia, es decir, un terapeuta ocupacional o ergoterapeuta. Señalaba que la Terapia Ocupacional era

“El tratamiento médicamente dirigido del discapacitado físico y/o mental por medio de actividades constructivas dirigidas y adaptadas por un terapeuta ocupacional cualificado profesionalmente para promover la restauración de la función útil” (14).

Como hemos comentado anteriormente, la Terapia Ocupacional no trataba sólo a pacientes con problemas físicos, sino también con dificultades psíquicas o psiquiátricas. En este tipo de pacientes, los fines que pretendía la Terapia Ocupacional no se reducían exclusivamente a conseguir su máxima capacidad funcional. Además, se intentaba crear oportunidades para el desarrollo de sus relaciones personales de un modo más satisfactorio, y ayudarle en la liberación o sublimación de sus impulsos emocionales. También se incluía la necesidad de determinar las capacidades físicas y mentales del paciente, para su ajuste social, intereses, hábitos laborales, aptitudes y potencial de empleo.

Con la Terapia Ocupacional también se pretendían señalar las actitudes para una posible reincorporación al trabajo o bien la readaptación a un nuevo puesto, a la vez que el paciente ganaba capacidad funcional. Sin embargo, en el segundo Informe de la OMS, se incluía dentro del equipo de Rehabilitación a los consejeros vocacionales, que serían los encargados de llevar a cabo esta tarea. Los consejeros vocacionales tendrían la finalidad de asistir al individuo en la elección de la ocupación, teniendo en cuenta sus características y su relación con las oportunidades de empleo. Esta tarea en España, desde nuestro punto de vista, parece ser que era

---

<sup>14</sup> *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Segundo Informe (B). Op. Cit., p. 492.*

realizada por los terapeutas ocupacionales, y no existía un profesional únicamente dedicado a este fin.

De otro lado, se denunciaba que cuando ya se tenía determinada la profesión del inválido para una futura reincorporación laboral, se presentaban una serie de problemas (15). El primero era la falta de centros para disminuidos físicos que se dedicaran a la formación de la especialización de estos obreros. Con relación a estos centros de formación, parecía ser que el mayor problema era su mantenimiento económico, mientras que en el resto de Europa este problema se resolvía gracias a los trabajos que realizaban los propios alumnos del Centro, que aportaban beneficios monetarios. También se señalaba el problema de la ausencia de empresas que se comprometieran a darles empleo una vez aprendido el oficio. Por otro lado, la legislación vigente había quedado anticuada ya que se limitaba a proteger económicamente al disminuido físico, cuando la concepción de ese momento era colocarlo en condiciones de “rendir a su patria” y a él mismo, beneficiándose así el inválido y disminuyéndose drásticamente la cuantía de rentas por invalidez que pagaba el Estado (15).

Las aplicaciones o indicaciones de la Terapia Ocupacional dentro del marco de la actividad asistencial rehabilitadora estaban perfectamente establecidas y delimitadas por los médicos (11,16).

La Terapia Ocupacional era una indicación fundamental en el entrenamiento del paciente para desarrollar sus actividades con una sola mano, cuando la otra mano había sido lesionada. A veces incluso era necesaria cambiar la preferencia del paciente. Este podía ser el caso de los hemipléjicos en los que había que desarrollar y potenciar la mano sana.

De otro lado, la Terapia Ocupacional se consideraba un tratamiento específico para utilizar en el caso de enfermos psiquiátricos, y una ayuda imprescindible en mujeres inválidas para adaptarlas a las labores de la casa o a las necesidades de la vida diaria. Cuando el paciente utilizaba prótesis, el entrenamiento en su uso era una

---

<sup>15</sup> Moret Branyas. Terapia ocupacional y orientación profesional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 27-32.

<sup>16</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153-168.

fase imprescindible por la que debía de pasar el paciente para poder obtener la máxima eficiencia de la misma.

Cuando se pretendía el desarrollo de la destreza, se podía conseguir mediante la repetición de actividades ocupacionales, que además aumentaba así tolerancia al trabajo. Mediante la realización de tareas como confección de cestos, arcilla, etc., se conseguía realizar una exploración prevocacional del paciente. Por último, también era útil desde un punto de vista psicológico, para ayudar al paciente a soportar una larga convalecencia, ya que así pasaban las tediosas horas de ocio en el hospital.

A la vista de la exposición anterior, se pueden sintetizar las funciones del terapeuta ocupacional tal y como estaban concebidas por los médicos, en cuatro. En primer lugar, debía de determinar cuáles eran las capacidades físicas y mentales del paciente, para posteriormente poder conducirlo a la restauración física, mediante el aumento de la amplitud articular, fuerza muscular y coordinación. También enseñaba al paciente a ser independiente en sus actividades de la vida diaria, proporcionándole las adaptaciones que necesitara. Y en último lugar, mejoraba la tolerancia al trabajo y aumentaba las destrezas requeridas por el paciente para su oficio.

La Terapia Ocupacional, en los talleres del Centro Rehabilitador, era el primer paso para la vuelta al trabajo del paciente rehabilitado y llevarle a su más completa reintegración social. Para ello se debía de disponer del material adecuado para la enseñanza y práctica de ciertos oficios, y montajes para la enseñanza de las actividades de la vida diaria: cama, aseo, cocina. Así, con la confección de cestos, telares, juguetes, etc., se conseguían múltiples objetivos, como recuperar amplitud articular, fuerza muscular, mejorar el gesto y la coordinación, terapia psicológica, enseñar o reentrenar las actividades de la vida diaria, o aprender un oficio, entre otros.

Con las instalaciones adecuadas, se consideraba que un terapeuta ocupacional podía atender entre 20 a 30 pacientes diarios (17).

---

<sup>17</sup> Zauner Gutmann A. *Estudio sobre centros de Rehabilitación y Curhoteles*. Segunda edición Barcelona: Editorial JIMS, 1975.

Es un hecho destacable en cuanto a la **formación** de estos técnicos, que se aprobó la Escuela de Formación en Terapia Ocupacional del Dispensario Central de Rehabilitación que dependía de la Dirección General de Sanidad, en el BOE 24.9.64 (18,19). En este decreto se consideraba la Terapia Ocupacional como “una técnica dirigida a la rehabilitación y recuperación de inválidos, junto a la fisioterapia, pero con unos métodos y finalidades específicas”. Mediante una actividad útil se trataba de conseguir la recuperación física y reacción mental deseada de los pacientes deficitarios físicos y psíquicos. En el Decreto se justificaba la creación de una escuela por la necesidad de preparar personal especializado para realizar esta actividad terapéutica, que describía tan escuetamente. Dicho centro se adscribió a la Escuela Nacional de Sanidad, y tenía cometidos de estudio, investigación y fines didácticos.

Hasta la década de los noventa no se consiguió que se hiciera oficial el título de diplomado en Terapia Ocupacional, porque hasta entonces los estudios dependían de la Escuela Nacional de Sanidad y no estaban reconocidos por el Ministerio de Educación (20).

### 6.2.2. ASISTENCIA SOCIAL

En primer lugar destacamos el hecho de que en la literatura consultada se hablaba de asistentas y no de asistentes, porque parecer ser que se concebía como una actividad reservada a las mujeres.

Para algunos autores como Bosch, eran el elemento más importante del equipo de rehabilitación (21). Eran un órgano de enlace entre hospital y familia, con los centros de reeducación y con la industria cuando se carecían de Bolsas de Trabajo para disminuidos físicos. Bosch exponía que tan importante como la ficha médica era

<sup>18</sup> Decreto 24 septiembre 1964, núm. 3097/64 (Mº Gobernación). ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL. CREACIÓN. Boletín-gaceta 13 octubre 1964 (núm 246).

<sup>19</sup> Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación nº 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 3-15.

<sup>20</sup> Molina Ariño A. *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación*. Valladolid: Editora Médica Europea S.A., 1990.

<sup>21</sup> Bosch Marín. Conferencia del Doctor Bosch Marín. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:19-46.

el informe social, y consideraba que algunos asistentes sociales debían especializarse en los problemas de Rehabilitación.

Houssa señalaba que no se podía concebir un programa de readaptación sin un servicio social (22). Consideraba que era la encargada de realizar un informe social sobre cada individuo y su familia. También organizaba las salidas colectivas que constituían un esfuerzo de adaptación física y psicológica para el incapacitado, haciéndose una idea de sus propias posibilidades y apreciando los progresos que iban consiguiendo.

También era papel de la trabajadora social, según referencia de Houssa, buscar trabajo al readaptado y observar el comportamiento de éste, cuando no existían bolsas de trabajo específicas. Debía ayudar a los readaptados tanto en el medio profesional como en el familiar para poder remediar cualquier problema social que apareciera, Houssa apuntaba que “la función de la trabajadora social es realizar todas las gestiones necesarias para librar al paciente de toda preocupación familiar a fin de que piense solamente en su propia curación” (23). Porque para Houssa el paciente sufría con mayor frecuencia por la incomprensión de quienes le rodeaban que por la propia enfermedad o lesión padecida, y era función de la trabajadora social educar a la familia y al entorno social del paciente para evitar esta incomprensión.

Abundando en esta idea, la función de la asistente social, para González Más, era estudiar y definir la situación social del enfermo, valorando el impacto que la invalidez suponía para el paciente y sus familiares (24). Además debía de ayudar en la adaptación del inválido a su comunidad (familia, escuela o centro de trabajo) y resolver los problemas sociales que aparecieran. Una parte importante de sus funciones era educar a las familias y colectividades de los derechos, responsabilidades y posibilidades de los inválidos.

Otras funciones de la asistencia social eran investigar la situación socioeconómica del paciente; fomentar las buenas relaciones entre el paciente y el

---

<sup>22</sup> Houssa P. Readaptación profesional de los trabajadores con incapacidad física parcial. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 113-126.

<sup>23</sup> Houssa P. Op. Cit., p. 123.

personal del equipo, participar en los programas de bienestar de la comunidad, especialmente en aquellos dirigidos hacia la prevención de la incapacidad y su tratamiento, y organizar actos de divulgación y propaganda sobre los inválidos (25). En el caso de los niños, era muy importante colaborar con la familia en la formulación de planes para llevar a cabo el “tratamiento de Rehabilitación en forma integral”, ya que su crecimiento y educación dependían no sólo de sus condiciones físicas, sino también de los recursos de la familia y de la comunidad para afrontar los problemas educacionales.

### 6.2.3. PSICOLOGIA

Dentro del trabajo del equipo de Rehabilitación era considerado como imprescindible el papel del psicólogo. “El primer paso para la curación del enfermo, es el deseo de ser curado”, pero a veces el paciente no tiene este anhelo, por lo que se dificulta extraordinariamente el proceso de Rehabilitación, y en estos casos adquiere gran importancia la psicoterapia dentro del plan de rehabilitación (26).

Para Sanz, la psicología se definía como la ciencia del comportamiento humano, que colaboraba con la Medicina, en este caso con la Rehabilitación, aportando las leyes y motivaciones que regían determinadas conductas, así como las relaciones de éstas con cualquier fenómeno morboso (27). De forma simplista, Sales Vázquez apuntaba que la enfermedad era algo físico que cuidaba el médico, y era simplemente soportada por quien la padecía. Sin embargo la invalidez era algo que convivía con el paciente durante toda su vida por lo que se hacía necesaria su adaptación por parte del paciente,

<sup>24</sup> González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153-168.

<sup>25</sup> Casadó Perich A. El centro de Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1965; supl 1: 21-39.

<sup>26</sup> Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.

<sup>27</sup> Sanz Jiménez J. La vertiente psicológica de la Rehabilitación. Aspectos teóricos y prácticos. *Rehabilitación* 1967; 1: 47-66.

"Pero la invalidez está más allá de lo circunstancial, episódico o temporal, porque penetra más profundamente y enraíza en la intimidad de nuestro ser. Por esta razón quien la padece acepta como suya la invalidez y la incorpora plenamente a su vida" (28).

La conducta adoptada por el inválido, tras la aparición de la invalidez, dependía de varios factores: la gravedad del trastorno funcional, la edad de su aparición, la personalidad anterior, la reacción familiar y social frente a la nueva situación creada, y su nivel social y económico, entre otros.

La problemática psicológica es distinta en la invalidez de la infancia que en la vida adulta porque la capacidad de adaptación del individuo va disminuyendo a medida que se estructura psíquica y biológicamente la persona. No es lo mismo trazarse un plan de vida a partir de unas posibilidades disminuidas, que soportar el truncamiento vital con patrones de conducta ya estructurados como ocurría en el caso de los adultos.

La psicología adquiría especial interés en el tratamiento rehabilitador porque algunas personas se refugiaban en su enfermedad o deterioro funcional con indiferencia que quitaba o reducía la cooperación del sujeto para su rehabilitación. Sin entusiasmo o firme esperanza hacia la recuperación, por parte del inválido, la mayor parte de las veces el esfuerzo del personal terapéutico era fallido, como señalaba Bermejillo (29). Otras veces presentaban una actitud agresiva, que hacía difícil elevar a su convencimiento las ventajas de la necesaria colaboración para el mejor logro de las finalidades de la readaptación.

Estos problemas surgían, sobre todo, cuando se llegaba a la nueva clasificación de puestos de trabajo, especialmente cuando eran distintos de los que había practicado con anterioridad o los consideraban de menor categoría. Aquí, como apuntaba Bermejillo, brotaban situaciones de culpabilidad, estados depresivos, verdaderas neurosis de los postraumatizados, con todas las posibilidades de proyección psicósomática y estados de angustia (29).

<sup>28</sup> Sales-Vázquez R. Los factores psico-bio-sociales de la invalidez. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 75-79.

<sup>29</sup> Bermejillo. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación". *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LVXXXVII: 56-59.

En este contexto surgía la necesidad del psicólogo en el equipo. Para Bermejillo el problema psico-afectivo del inválido era de importancia principal y le confería igual valor que a la actuación del cirujano, fisioterapeuta o terapeuta, y señalaba que incluso adquiriría mayor importancia en el caso de afectados por los accidentes o enfermedades laborales, por las peculiaridades psico-afectivas de este grupo.

Como para la mayor parte de los autores, Sales-Vázquez apuntaba que los problemas psicológicos de la invalidez no podían ser combatidos más que con realidades (28). Consideraba que estas realidades se basaban en la readaptación y reincorporación del paciente al trabajo. Así se plasma como también entre los psicólogos, estaba presente la idea de que la reincorporación al trabajo mejoraba la situación del paciente, ya fuera psíquica o físicamente. Esta idea era la misma que defendían y en la que se apoyaban el colectivo de médicos para fomentar la Rehabilitación.

Otro aspecto más sobre la importancia del trabajo para restablecer psicológicamente a los inválidos, lo exponía Sanz Jiménez. Apuntaba que los problemas vocacionales eran el auténtico aspecto práctico de la psicología aplicada a la Rehabilitación, aunque también contribuyera en otros aspectos diagnósticos y terapéuticos (27). También señalaba que la actividad psicoterápica dentro del centro de Rehabilitación no sólo era papel del psicólogo, sino que todo el personal del centro debía de hacer psicoterapia, aunque ésta fuera indirectamente a través de su actitud y relaciones con el enfermo. Para ello aconsejaba que el equipo de Rehabilitación se reuniera periódicamente para mediante un intercambio de opiniones, se marcaran las directrices y se tomara conciencia de la importancia psicoterápica que tenía su comportamiento ante el paciente. En este período en España fue cuando se desarrolló la llamada Psicología de la Rehabilitación, formándose psicólogos especializados en el tratamiento para los inválidos (30).

---

<sup>30</sup> Aguado Díaz AL. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial 1995.



#### 6.2.4. FISIOTERAPIA

En el primer Symposium Médico-Social sobre Rehabilitación del presunto inválido, celebrado en Madrid en 1957, De la Sierra ya estimaba que la dificultad más grande para la creación de los Centros de Reeducción, no era el problema económico sino la falta de personal auxiliar (31). De la Sierra no era partidario de traer personal extranjero para formar a estos auxiliares porque en su opinión, solían plantear problemas de tipo deontológico y de inadaptación al ambiente. Pensaba que el personal auxiliar debía ser elegido entre los técnicos que oficialmente tuvieran el título de Ayudantes Sanitarios. A continuación, las cualidades psico-pedagógicas, la vocación con absoluta dedicación, una dosis importante de cariño y comprensión humana, junto a unas condiciones físicas apropiadas eran factores a valorar en esta elección.

Para González Más, el fisioterapeuta era una de las claves del buen funcionamiento y eficacia del servicio de Rehabilitación (1). Su objetivo final era conseguir la máxima función física en el mínimo tiempo mediante la utilización de todas las técnicas de fisioterapia, además esta función física obtenida tenía que ser útil al paciente para conseguir realizar las tareas de la vida diaria y de los trabajos manuales. También destacaba que en el fisioterapeuta debía de figurar entre sus objetivos mejorar la actitud general del paciente con su enfermedad, trabajo y relaciones sociales.

Una definición posterior a la década de los años sesenta pero que se ajusta al papel del fisioterapeuta en el periodo estudiado fue la dada por Andueza en 1974. Eran los profesionales encargados de aplicar los agentes físicos como método de tratamiento (32). Pero se matizaba que sólo utilizaban los medios físicos terapéuticos no ionizantes, distinguiéndose así de la Terapéutica Física que incluía también los ionizantes. Además, sólo utilizaban los medios físicos desde un punto de vista

<sup>31</sup> De la Sierra Cano L. Formación del personal auxiliar para la reeducación en los Centros de Rehabilitación del Inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 329-340.

<sup>32</sup> Andueza Echevarría MA. Fisioterapia. En: *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Paz, 1974.

terapéutico, distinguiéndose así de la Medicina Física, que los utilizaba además como método diagnóstico.

Durante los años cincuenta y sesenta, se consideraba que un fisioterapeuta trabajando seis horas diarias, podía atender un promedio de quince pacientes, adultos o niños, y de forma individual (17). Si bien en el caso de tratamientos de grupos, como tablas de ejercicios, el número se podía duplicar. Consideraba que debía de existir un fisioterapeuta jefe que fuera el responsable de los miembros de su equipo ante el médico rehabilitador, y calculaba que era necesario un fisioterapeuta por cada 25 pacientes, en jornada completa.

En el ámbito de la **formación** de estos técnicos, De la Sierra pensaba que se debían organizar Escuelas Piloto que impartieran un programa con contenidos prácticos y teóricos. En el caso concreto de la reeducación del aparato locomotor proponía enseñarles anatomía de tipo funcional, pero no una anatomía descriptiva que se olvidaba rápidamente y por lo tanto no tenía sentido práctico. También era necesario que adquirieran conocimientos sobre el balance del estado funcional de las extremidades, la fisiología de la piel y de los aparatos circulatorios y respiratorio, nociones de psicología para poder comprender y estimular al paciente durante el tratamiento, así como nociones de pedagogía para saber mantener la disciplina y autoridad en todo momento sobre el paciente.

De otro lado, se consideraba imprescindible inculcarles conocimientos deontológicos sobre el secreto profesional, sus deberes y responsabilidades hacia sus enfermos, compañeros y sus jefes. Se destacaba la necesidad de que el fisioterapeuta tuviera "una entrega absoluta a la obediencia hacia su superior, el médico, sin cuya dirección nunca debe por complacencia u otros fines, entregarse a tratamientos que pudieran ser contraproducentes" (33). De la Sierra recalca que la legislación debía de recoger que el trabajo del personal auxiliar había de estar bajo la dirección médica que en todo momento sería la responsable del tratamiento del paciente. Vemos pues desde su concepción la profesión de fisioterapia se consideraba que debía de estar

---

<sup>33</sup> De la Sierra Cano L. Op. Cit., p.332.

subordinada a la médica, ya que era un técnico auxiliar, por lo tanto se encargaría de aplicar técnicas terapéuticas pero no podría diagnosticar ni prescribir éstas.

En el aspecto práctico, la formación del fisioterapeuta debía de permitir dominar las técnicas de kinesiterapia funcional o movilización activa, el masaje, la ergoterapia o "occupational therapy" de los americanos, la cinesiterapia analítica, estática y dinámica, gimnasia pre y postnatal, durante el periodo de inmovilización se debía de enseñar la reeducación muscular, circulatoria y articular para evitar deformidades, ejercicios en piscina. Así mismo, debía de tener conocimientos en aparatos y férulas ortopédicas y en el manejo del pulmón artificial. Además, en el caso de niños inválidos debían enseñar a las madres los ejercicios más sencillos de reeducación para que ellas pudieran realizar sesiones complementarias en su domicilio. En el ámbito de los conocimientos de ergoterapia, la mayoría de los autores exponían que debía ser un técnico distinto el que se ocupara de ellos, como hemos visto anteriormente. Se proponía que en la Casa de Salud de Valdecilla se organizara esta Escuela Piloto que además contaba con la primera y más prestigiosa Escuela española de Enfermeras. En relación con la formación que recibían en aquel momento los fisioterapeutas en técnicas de fisioterapia, era destacable en la propuesta de De la Sierra, el vacío existente respecto a contenidos de electroterapia (31).

Posteriormente, en 1958, se creó la especialidad de Fisioterapia para los ATS por Disposición del Ministerio de Educación Nacional (34,35). Los requisitos que se exigían para cursar esta enseñanza especializada eran poseer el título de Ayudante Técnico Sanitario, tener menos de treinta y seis años cumplidos, no padecer defecto físico que dificultara la práctica de la profesión y aprobar un examen de ingreso. Se realizaba en dos cursos de ocho meses de duración, divididos en dos cuatrimestres cada uno.

En el Hospital de San Rafael se puso en marcha la Escuela Oficial de Fisioterapeutas, la especialidad duraba 2 años y como hemos dicho era necesario ser

---

<sup>34</sup> Decreto 26 julio 1957, núm. 3097/64 (Mº Gobernación). FISIOTERAPIA 23 agosto 1957.

ATS, para acceder a su ingreso mientras que en otros países europeos era suficiente con el grado secundario (35). Pero en otras fuentes, se apunta que la primera escuela oficial de la especialidad comenzaba en febrero de 1958, adscrita a la Cátedra del Profesor Martín Lagos en el Hospital de San Carlos (36). Esta información coincide con la encontrada en el BOE del 18 de Abril de 1958, en el que se autorizaba la creación de una Escuela para la enseñanza de Fisioterapia, adscrita a la Cátedra de Patología Quirúrgica, primera de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid (37).

Surgieron distintos programas de estudios fuera de Madrid, a nuestro juicio, uno de los más importantes por el número de horas de docencia teórica y práctica, junto al programa tan completo fue el dirigido por Barnosell y Poal. Se celebró en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, y se llamaba "*Estudios de especialización en Medicina Física y Rehabilitación de las afecciones del aparato locomotor*" para auxiliares fisioterapeutas (38). Este curso se impartía en dos años y para matricularse era preciso tener el título de Ayudante Técnico Sanitario o similar. Los alumnos que demostraban su suficiencia de conocimiento al final de los dos años recibían el título expedido por la *Sociedad Española de Rehabilitación*. Consta de 560 horas prácticas y 283 teóricas. Los conocimientos que adquirirían eran sobre anatomía y fisiología básica, técnicas terapéuticas, ortopedia mecánica, patología clínica y rehabilitación del aparato locomotor, psicología elemental, sociología y pedagogía, y terapéutica ocupacional. Poco a poco se fueron instalando escuelas de fisioterapeutas anexas a hospitales por toda la geografía española.

Además, dada la escasez de personal especializado, algunos autores proponían la organización de cursos breves en los Servicios que reunieran

<sup>35</sup> González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 1-31.

<sup>36</sup> Martín Lagos. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 33-44.

<sup>37</sup> Orden 25 febrero 1958 (M.º Educación Nacional). ESCUELAS DE FISIOTERAPIA. La creación en Madrid. 18 abril 1958 (número 93).

<sup>38</sup> "Estudios de especialización en Medicina Física y rehabilitación de las afecciones del aparato locomotor". Programa para Auxiliares Fisioterapeutas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III(4): 57-77.

condiciones y contaran con personal para ello, para poder disponer de fisioterapeutas preparados en un corto plazo de tiempo dada la gran demanda existente (39).

Tendremos que esperar hasta 1980 para que se regulara oficialmente en España la obtención del título de diplomado en fisioterapia (20).

#### 6.2.5. TECNICOS ORTOPÉDICOS

A juicio de Prim, el interés de la ortopedia médica en la Rehabilitación era porque ofrecía al paciente aparatos para soportar un miembro debilitado, sustituir un miembro perdido o corregir una posición viciada o simplemente mantener una determinada posición (40).

En torno a esta actividad existía un colectivo de Técnicos ortopédicos que en 1961, denunciaba que tenían que construir el aparato según su experiencia, sin ninguna indicación concreta respecto al tipo de aparato más indicado, a la posición de las articulaciones y grados de movilidad de las mismas, los puntos de apoyo, al tipo de material empleado, etc., es decir, sin una correcta prescripción médica (40). Pero esta situación comenzó a cambiar gracias a que la responsabilidad del aparato pasó a ser del médico que estaba tratando al paciente, y de este modo, el técnico ortopédico era sólo responsable de una adecuada construcción, de acuerdo a la prescripción médica y una correcta adaptación de la ortesis al paciente, que el médico debía aprobar.

Poco a poco la técnica ortopédica y protésica se fue incardinando en el equipo de Rehabilitación de la discapacidad. En 1961, se formó una asociación de Técnicos Ortopédicos que actuaba como nexo de unión para un intercambio de ideas técnicas y de conocimientos, que se plasmaron en la edición de una revista especializada. También aspiraban a conseguir un título profesional acreditativo de su formación para evitar que otros profesionales pudieran construir aparatos ortopédicos sin los conocimientos precisos.

---

<sup>39</sup> Meana Negrete V. Algunos aspectos de la rehabilitación del inválido del aparato locomotor. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:233-243.

En 1964, se celebraba el primer curso organizado por la Asociación Nacional de Inválidos Civiles con la colaboración de la Cruz Roja Española, para la formación de técnicos en ortopedia mecánica (41). Las veinte plazas ofertadas eran para inválidos que durante seis meses en régimen de internado recibirían enseñanzas en diseño y creación de dispositivos mecánicos ortopédicos. Llama especialmente la atención el bajo número de plazas ofrecido para la formación de técnicos, y además que estuviera reservado para inválidos. Vemos aquí un intento por parte de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles de formar a los discapacitados en un puesto de trabajo, que era uno de sus objetivos principales como vimos en el capítulo anterior.

Y hemos visto como en el segundo informe del Comité de Expertos de Rehabilitación, también se resaltaba la necesidad de formación para el colectivo de inválidos (9). Llama especialmente la atención, la celebración de un seminario en Dinamarca, para la formación de técnicos en prótesis y ortesis, y los integrantes de este curso eran exclusivamente inválidos. Además, en este segundo informe se recomendaba la preparación de catálogos estándar de herramientas y equipo para el taller de prótesis, así como la confección de un código deontológico para estos técnicos.

Por parte del colectivo médico también se expresaba la necesidad de establecer unas escuelas de Técnicos Protésicos Ortopédicos, para definir y delimitar las funciones de estos auxiliares (42). Gracias a los avances en el aparataje ortopédico, la rehabilitación ofrecía mayores posibilidades al inválido, sin necesidad de recurrir a técnicas quirúrgicas. Como decía Viladot “más vale un cómodo y seguro aparato que una arriesgada intervención, quizá muy brillante en la técnica, pero de resultados dudosos” (43). Por autorización del Ministerio de Educación y Ciencia, se han impartido curso para la obtención del título de Técnico Ortopédico, y desde 1995, se hizo oficial la formación de estos técnicos (20).

---

<sup>40</sup> Prim Alegria. Informe sobre la asociación de técnicos ortopédicos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 67-68.

<sup>41</sup> Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1964; IX: 45-46.

<sup>42</sup> Orozco Acuaviva. Ideario sobre Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V(3): 45-48.

### 6.2.6. ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Para algunos autores era también necesario la presencia de enfermeras y personal auxiliar de enfermería especializado dentro del equipo de Rehabilitación (1,10). Sus funciones serían las de efectuar ciertos tratamientos médicos, la toma de constantes vitales, la extracción de sangre, las curas, las dietas y la observación de la conducta diaria del paciente, entre otras (44). En el segundo informe del Comité de expertos en Rehabilitación, también se consideraba necesario que la enfermera tuviera conocimientos del proceso terapéutico de la Rehabilitación, incluyendo la asistencia domiciliaria como un aspecto más de la evolución y tratamiento de los pacientes (9). Además, se consideraba en el citado informe que en la formación de las enfermeras, junto a los programas básicos, debían conocer los principios y técnicas de la rehabilitación.

### 6.2.7. LOGOTERAPIA

A partir del segundo informe del Comité de Expertos en Rehabilitación, se formulaba la necesidad de que hubiera logoterapeutas en el equipo de tratamiento (10). La pérdida de la capacidad de comunicación era una grave consecuencia en ciertos defectos congénitos y adquiridos, que no debía ser subestimada en la Rehabilitación, frente a los problemas físicos. Pero también se admitía que debían realizarse estudios e investigación en este campo, porque era un problema muy complejo.

## 6.3. Médico especialista

La actividad en torno a la Rehabilitación culminaba con la demanda de médicos especializados en el desarrollo de la puesta en práctica de la Rehabilitación. Este médico especializado ha recibido distintos nombres desde principios del siglo XX hasta su denominación actual. Hasta 1919, se denominaban electroterapeutas,

<sup>43</sup> Viladot A. La cirugía ortopédica en la rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.

<sup>44</sup> Rusk H. Enfermería de Rehabilitación. En: Rusk H. *Medicina de Rehabilitación*. 2ª edición México: Editorial Interamericana, 1966; 529-539.

posteriormente fisioterapeutas, pero con la aparición de los técnicos que se dedicaban a la fisioterapia éstos se apropiaron rápidamente del término, y los médicos escogieron el de “médicos de física terapéutica” (45). Pero la física terapéutica era muy amplia, e incluía también a otros especialistas, como los futuros radiólogos, por lo que finalmente se acuñó el término de médico rehabilitador. En Estados Unidos, Krusen utilizó el término fisiatra que se emplea fundamentalmente en el mundo anglosajón (46).

Cibeira consideraba que el especialista en Medicina Física y Rehabilitación debía ser:

"Un clínico general con conocimientos de fisiopatología del aparato locomotor, estudiado en relación con las actividades psicofísicas que desea realizar el paciente en su vida social y económica. Su trabajo se realiza a tiempo completo en centros de rehabilitación o en hospitales generales" (47).

Las competencias de este médico rehabilitador afectaban diversos aspectos (48). En primer lugar, debía ser el encargado de realizar la evaluación funcional de todas las capacidades residuales del paciente con relación a las actividades de la vida diaria, trabajo y comunidad. Esta evaluación funcional era necesaria para poder prescribir un tratamiento y para decidir la finalización y alta del mismo. Además, se encargaba de la prescripción del tratamiento médico, ya fuera farmacológico o físico, que debería de ejecutar el personal sanitario auxiliar. Cuando fuera necesario, el médico especialista debía ser el profesional encargado de desestimar la conveniencia del tratamiento rehabilitador cuando la situación del paciente no permitiera abrigar esperanzas razonables de recuperación e integración. También, consideraba cuál era el momento límite de las posibilidades rehabilitadores, ya fuera porque el paciente se había estabilizado en la mejoría o bien porque se hubieran alcanzado los objetivos previstos.

<sup>45</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

<sup>46</sup> FJ Kottke, JF, Lehmann JF. Krusen. *Medicina Física y rehabilitación*. Cuarta edición Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993.

<sup>47</sup> Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 34.

<sup>48</sup> Sanchís Olmos. Discurso inaugural del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 11-15.



Muchos autores exponían además, la necesidad del médico especialista en Rehabilitación, como coordinador del equipo de profesionales y supervisor del tratamiento (49). Se consideraba esta función muy importante porque un grupo de profesionales tan numerosos, kinesiólogos o fisioterapeutas, terapistas o terapeutas ocupacionales, técnicos constructores de prótesis y ortesis, enfermeras especializadas, psicólogos, visitadores sociales, profesores, guías vocacionales, expertos en recreación y deportes para lisiados y familiares del paciente, requería necesariamente de un coordinador de las actividades, evolución y metas en el tratamiento del paciente.

De otro lado, consideraba necesario que el médico especialista realizara actividad investigadora imprescindible para poder comprender los procesos incapacitantes y consecuentemente poder realizar la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento de los mismos. Para ello consideraba que tenía que realizar tanto investigación básica como clínica.

Además, Sanchís Olmos exponía que el médico especializado en “fisioterapia reeducativa”, futura Rehabilitación, debía de tener amplios conocimientos en ortopedia y traumatología y era el especialista dentro de este campo que sentaría las indicaciones terapéuticas para que las llevaran a cabo los fisioterapeutas (48). Se exponía, por tanto, que el médico especialista en Rehabilitación estaba íntimamente unido al traumatólogo porque consideraban que era un técnico en Rehabilitación que actuaba con el especialista del Centro traumatológico para orientar la actuación quirúrgica inicial pensando en la futura capacidad motora del lesionado (50). Por este motivo se insistía en la necesidad de que la Rehabilitación fuera precoz, por lo que debía comenzar a continuación del traumatismo para conseguir la mayor y más rápida reintegración social y laboral.

Ya en esta década de los cincuenta y sesenta, se empezaba a forjar una idea que todavía actualmente está vigente, el médico rehabilitador como el promotor del

---

<sup>49</sup> López Fernández A, Bataller Sallé J. Importancia de la rehabilitación en los planes de la Seguridad Social. *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:305-309.

plan de Rehabilitación. Por lo tanto debía de ser capaz de poner en marcha el desarrollo de la Rehabilitación, de velar por su aplicación en todas las fases evolutivas, su coordinación y la evaluación de los efectos de las medidas terapéuticas aplicadas (51).

Este médico especialista en su práctica diaria se enfrentaba a múltiples **problemas**. En el caso de la rehabilitación cardiaca Vega exponía las siguientes dificultades a las que se enfrentaba el "médico rehabilitante" pero también en parte se podían extrapolar al rehabilitador general (8). En primer lugar, señalaba que frecuentemente el enfermo y su familia no podían colaborar adecuadamente en la ejecución del tratamiento, por miedo y falta de información respecto al proceso.

Por otro lado, estaba en boga la hiperrestricción yatrogénica de la actividad, casi siempre motivada por el médico general según Vega, que se aplicaba al caso de los enfermos cardiacos, los operados, los traumatizados, lumbálgicos. Sin embargo, este autor ya apuntaba entonces que el reposo no era tan beneficioso en estos pacientes como se creía, por lo que aconsejaba un inicio más precoz de la actividad. También exponía problemas legislativos como factores que dificultaban la vuelta al trabajo del inválido tras su máxima recuperación funcional, porque las indemnizaciones retrasaban y a veces impedían que el paciente volviera al trabajo. Por otro lado, la actitud de la industria hacia los inválidos de la causa que fuera, también dificultaba la actuación del médico, en cuanto que después de obtenida la recuperación funcional, no facilitaba la reintegración laboral del inválido.

Y por último, Vega apuntaba un problema económico al que el médico especialista también debía enfrentarse a menudo, que era la dificultad con que algunos enfermos podían sufragar los gastos derivados de los tratamientos.

Frente a estos problemas, Vega, proponía las siguientes **soluciones** por orden de importancia. En primer lugar, la necesidad de lograr una mejor educación del enfermo y de la familia a través de los médicos, para así obtener la máxima colaboración posible. En segundo término, lograr una mejor educación de la

---

<sup>50</sup> Portal Lamedo. Factor rehabilitación en el accidentado profesional. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 245-247.

<sup>51</sup> *Libro blanco de Medicina Física y de Rehabilitación*. Academia Médica Europea de Rehabilitación, Federación Europea de Medicina Física y de rehabilitación, Unión Europea de Médicos Especialistas (sección monoespecializada de Medicina Física y de Rehabilitación). Ed Universidad Complutense de Madrid y Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. 1989.

comunidad respecto de los inválidos, para favorecer su reintegración social y especialmente la laboral. También era necesario obtener una mejor educación de los médicos, sobre todo con vistas a evitar a las complicaciones yatrogénicas derivadas de la inmovilización y el reposo. Otro aspecto a considerar era la modificación de la legislación vigente especialmente con relación a la facilitación de la reinserción laboral de los inválidos que era prioritaria para mejorar estos problemas. Y por último, aunque no por ello menos importante, Vega aconsejaba aumentar el número de consejeros vocacionales o profesionales, que junto a un buen asesoramiento médico, consiguieran la máxima reincorporación laboral.

Se consideraba que se necesitaba un médico especialista podía hacerse cargo de un centro de Rehabilitación que tuviera menos de 40 camas y se tratara diariamente a menos de 30 incapacitados ambulatorios, en una jornada laboral del personal auxiliar y médico de seis horas (17).

A continuación vamos a exponer cuáles fueron las primeras asociaciones profesionales y cómo se formó este personal especializado.

### ***6.3.1. Asociaciones profesionales de médicos especialistas***

El desarrollo casi “explosivo” de la actividad rehabilitadora, y los innumerables avances técnicos en torno a ella, condujo a que estos profesionales crearan órganos de difusión científica donde pudieran plantearse, exponerse, divulgarse, y discutirse los avances terapéuticos que tenían como objeto lograr para el inválido las máximas mejoras físicas, psicológicas, laborales y sociales. Fueron constituyéndose las asociaciones profesionales. Por otra parte, la mayor parte de las revistas publicadas en esta época sobre Rehabilitación, no estaban redactadas en español, lo que podía dificultar o retrasar la llegada de información para algunos profesionales de la Rehabilitación, por lo que se hacía imprescindible la publicación de revistas españolas en este campo.

Los profesionales interesados y dedicados a este ámbito de la Medicina, se agruparon en la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación*

*Funcional (SEFRRF)* el 11 de octubre del 1954, siendo autorizadas su constitución y funcionamiento por acuerdo del Ministerio de Gobernación el 14 de Octubre de 1954 (52). La Asamblea constitutiva tuvo lugar el 26 de Mayo de 1954, durante la celebración del primer Congreso Nacional celebrado en Madrid, y nombrándose como primer presidente a Dr. D. V. Sanchís Olmos.

La base constitutiva de la Sociedad quedó formada en su mayor parte por médicos especialistas de Traumatología y Cirugía Ortopédica. También había reumatólogos, algún médico de Banerios, algún neurólogo y los médicos pioneros de la especialidad de Rehabilitación en nuestro país, los Dres Barnosell Nicolau, Bataller Salle y Ruíz García, junto al Dr. Poal (52). En este momento eran un total de 86 socios en toda España.

En sus primeros estatutos, la *SEFRRF* determinó que cada tres años se celebrarían los Congresos Nacionales, y se reuniría la Junta General Ordinaria para elegir el nuevo Presidente. La Junta estaba compuesta por un presidente, dos vicepresidentes, un secretario, un tesorero y veinte vocales consejeros. En el primer Estatuto había 29 artículos.

Destacamos el contenido del segundo artículo donde se exponía que los fines de la Sociedad eran en primer lugar, fomentar el estudio y el desarrollo de la Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional desde un punto de vista teórico y para su aplicación práctica en la Medicina; en segundo lugar se animaba a la creación de sociedades filiales y por último se regulaban las reuniones científicas en cuanto a periodicidad y contenidos.

En el primer Congreso Nacional de la Sociedad, celebrado en Madrid en 1954, se exponía que el nombre de la sociedad planteó discusión entre los miembros, pero que finalmente adoptaron el nombre para no crear recelos con otras Sociedad Científicas (48). Posiblemente se estaban refiriendo a la *Sociedad Española de Reumatólogos (SER)*, porque si adoptaban el nombre de *Sociedad Española de Rehabilitación*, las iniciales coincidirían y podría originar confusiones.

---

<sup>52</sup> Parreño Rodríguez JR. La sociedad científica y sus actividades. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación* n° 38. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España,

Para la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional*, los medios fisioterapéuticos que empleaban tenían una finalidad de tipo reeducativo, es decir de reentrenamiento de las funciones afectadas previamente para restaurarlas al estado primitivo o por lo menos al máximo nivel de restauración. Sanchís Olmos, en el discurso inaugural del primer Congreso Nacional de la Sociedad exponía que al lado de la terapéutica médica y quirúrgica, se estaba formando una nueva especialidad llamada Medicina Física.

Los radiólogos con la radioterapia y los electroterapeutas con la electroterapia comenzaron la terapéutica física en España en el siglo XIX. Pero históricamente, se habían usado los baños y lodos calientes como medio terapéutico para distintas enfermedades y trastornos desde tiempo inmemorial.

Además al lado de las actividades deportivas y prácticas higiénicas de cultura física, conocidas desde la Grecia clásica, habían ido surgiendo los ejercicios gimnásticos y el masaje, que venían a englobarse también en esta nueva medicina física. La SEFRRF basaba su campo de actuación de sus especialistas no sólo en la física terapéutica sino en la utilización de estos tres pilares: agentes físicos no ionizantes, gimnasia y masaje.

En Septiembre del 1957, se celebraba el segundo Congreso de la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional* en Barcelona. Se nombraba presidente al Dr. F. García Díaz, y la Asamblea General decidió finalmente cambiar el nombre de la sociedad. Se pasó a llamar *Sociedad Española de Rehabilitación (SER)*, y que se mantuvo hasta 1993 cuando pasó a denominarse *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)*.

También se barajó el nombre de *Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación*, pero en 1957, se rechazó por ser excesivamente largo. Pero pensamos que quizás en el fondo, lo que se pretendía era no unir la Rehabilitación a la Medicina Física, sino mantenerla anexionada a la Traumatología como hasta entonces estaba.

Además, el presidente de la sociedad era traumatólogo, por lo que tenía especial interés en que la Medicina Física que estaba siendo reconocida como especialidad en el resto de Europa, no adquiriera mucho auge en España, y menos

que se anexionara a la Rehabilitación. Muestra de ello, era también el hecho de que en la revista oficial de la sociedad se publicaban escasos trabajos respecto a la Medicina Física, siendo la mayor parte de ellos del ámbito de la Rehabilitación traumatológica y ortopédica. En la tabla siguiente se exponen las reuniones científicas de la Sociedad de médicos rehabilitadores, celebradas desde su constitución hasta finales de los años sesenta (52).

<b>Reuniones científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación entre 1954 – 1967.</b>			
Reunión	Año	Temas	Presidente de la Sociedad
I congreso	1954	<b>Recuperación Funcional de las parálisis poliomielíticas</b> Recuperación funcional de los fracturados Recuperación funcional de los reumatismos crónicos Hidroterapia y recuperación funcional	Sanchis Olmos
II congreso	1957	Crenoterapia de las lesiones traumáticas <b>Escoliosis poliomielíticas</b> Reumatismos vertebrales Causas y profilaxis de las rigideces articulares de rodilla Tratamiento de urgencia de los traumatizados graves de cráneo Recuperación funcional de las rigideces de hombro	García Díaz
III congreso	1960	Medicina Física y Rehabilitación de las neuropatías periféricas Rehabilitación de la marcha en los hemipléjicos <b>Fisiopatología clínica de las alteraciones osteotróficas poliomielíticas</b>	García Díaz
IV congreso	1963	Paraplejias traumáticas Reumatismos cervicales Parálisis cerebral Rehabilitación de amputados de extremidades inferiores	Barnosell Nicolau
I Jornada	1967	Afasias. Su Rehabilitación Rehabilitación de la cadera artrósica	Lozano Azulas

En primer lugar hay que destacar que en las décadas de los años cincuenta y sesenta, se utilizaba mas los términos recuperación o readaptación funcional que la palabra Rehabilitación. Con relación a los contenidos, vemos que eran muy variados. Los temas de interés de estos congresos eran enfermedades que producían incapacidad como lesión medular traumática, amputaciones, fracturas, parálisis cerebral infantil, y poliomielitis. Trataban casi exclusivamente aspectos del tratamiento quirúrgico y rehabilitador, haciendo escasas alusiones a los aspectos clínicos, diagnósticos o fisiopatológicos, excepto en el caso de la poliomielitis. Es destacable que de los 19 temas desarrollados en las cinco reuniones científicas celebradas en esos años, tres de ellos se dedicaran a aspectos relacionados con la poliomielitis. Esto puede explicarse porque en este periodo histórico, la incidencia de la enfermedad era alta y generaba una demanda sociosanitaria importante.

En 1961, la Junta directiva de la SER se reunía en Asamblea General Extraordinaria con el importante objetivo de nombrar delegados de la sociedad en las distintas regiones, intentar celebrar reuniones más periódicas y así evitar la posible desconexión entre los médicos al celebrarse los congresos cada 3 años (53). Además, también se nombraba una Comisión de Estudios encargada de redactar el programa que oficialmente patrocinaría la SER para los estudios de Auxiliares Fisioterapeutas y crear una sección especial que agrupara a estos auxiliares bajo el manto de la SER. Durante años la sociedad pretendió agrupar a todos los profesionales del mundo de la rehabilitación, aspiración que no consiguió. También destacamos que fueron los mismos médicos los que actuaron como docentes en la formación de los fisioterapeutas y de los médicos especialistas.

En Junio de 1967, se aprobaba en Junta General la celebración de Jornadas Científicas los años que no se celebraran Congresos, teniendo lugar el primero en San Sebastián en 1968.

La sociedad, ya desde sus orígenes, tuvo una preocupación constante por el reconocimiento oficial de la especialidad (34). Ya en agosto de 1952, antes de estar constituía oficialmente, entraba a formar parte de organismos internacionalmente

---

<sup>53</sup> Pórtico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 11.

reconocidos como la *Federación Internacional de Medicina Física*, futura *Federación Internacional de Medicina Física y Rehabilitación* (1972), junto a otras catorce naciones (54). A los propósitos y objetivos de esta Federación nos hemos referido más extensamente en el capítulo de Lucha contra la invalidez.

La *Sociedad Española de Rehabilitación* ingresaba el día 8 de Mayo de 1964 en la *Federación Europea de Medicina Física y Readaptación*, cuyo fin era agrupar a escala mundial las sociedades de Rehabilitación de todo el mundo (52). La misión de esta federación era la defensa de un plan teórico de los intereses generales de la especialidad en el ámbito europeo en sus diferentes organismos. Entre sus objetivos destacaban la necesidad de unificar la legislación sobre invalidez, establecer una terminología científica común en el ámbito de Rehabilitación y fomentar las publicaciones, y la formación del personal especializado para elevar el nivel de conocimientos en la materia de Rehabilitación. Más tarde, también entró a formar parte de la *International Rehabilitation Medicine Association* (IRMA) (52). Esta asociación agrupaba a todo los países del mundo interesados en la Medicina de la Rehabilitación, y entre sus objetivos estaba el desarrollo de la investigación en este campo y conseguir la sensibilización de los Gobiernos y de la Sociedad, sobre la realidad de los minusválidos. Habrá que esperar hasta más tarde, en 1976, para que se crearan las sociedades autonómicas y las filiales de la SER (52).

En 1956, se empezó a publicar una revista científica propia llamada *Acta Fisioterápica Ibérica*, que era el órgano de difusión de las ideas y puntos de vista de la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional* (55). En su elaboración colaboraban neurólogos, ortopedistas y reumatólogos. Esta revista cumplía diversas funciones (56). La primera era publicar y dar a conocer los principales trabajos de los médicos de la especialidad, y a través del apartado "Pórtico", que actuaba como una editorial, transmitía la opinión de la directiva de la revista. Además, la revista también acogía noticias sobre actividades profesionales

<sup>54</sup> Serrano Díaz E. Organización de la lucha contra la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 13-27.

<sup>55</sup> Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II(4): 85-88.



por celebrar y crítica de libros. Y por último podía considerarse como un vehículo de comunicación y formación continuada para los especialistas. En 1967, la revista de la sociedad cambiaba de nombre y se fundía con la *Revista Española del Aparato Locomotor* formando la nueva revista llamada *Rehabilitación*, y desde entonces ha experimentado sucesivos cambios periódicos para mejorar su calidad científica, sin dejar de aparecer con su periodicidad habitual trimestral (52,56).

Paralelamente a la aparición de la Acta Fisioterápica Ibérica, surgía la *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor*. Esta revista nacía para exponer de un modo más concreto y continuado los problemas que planteaba la Rehabilitación en un grupo muy concreto de pacientes, los del aparato locomotor (57). Esta revista apareció como un suplemento de la *Revista de Ortopedia y Traumatología*, y se editó desde 1961 a 1966, cuando finalmente se fundió con la revista de la Sociedad de Rehabilitación.

Para el consejo editorial de la *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor*, formado por especialistas de Traumatología y Ortopedia, la Rehabilitación debía estar dirigida siempre por el cirujano ortopédico, que pondría en marcha el conjunto de medias de orden técnico, psicológico y aún social, que constituían para ellos la verdadera Rehabilitación. Afirmaban que la Rehabilitación debía de comenzar en el mismo momento en que el médico se hacía cargo del enfermo, y esta actuación era llevada a cabo por colaboradores superespecializados. Es decir, se estaban refiriendo a un médico traumatólogo con conocimientos adelantados en Rehabilitación, o bien sobre miembros auxiliares de su equipo, concretamente sobre los fisioterapeutas (57). En este momento ya hay un intento de delimitar las funciones y las competencias de cada grupo de profesionales. Pero no podemos dejar de remarcar que la diferencia entre que la responsabilidad del paciente y del tratamiento recayera sobre un médico o sobre un técnico auxiliar, parece bastante notoria. En este primer editorial del número uno de la revista no se matiza más una idea que podía tener importantes consecuencias para el paciente.

---

<sup>56</sup> Bory de Fortuni I, Peña Arrebola A. La publicación científica especializada. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación* n° 38. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 47-52.

<sup>57</sup> Editorial. *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor* 1961; 1: 1.

También aparecieron otras revistas en lengua española en el ámbito rehabilitador. En 1965, se comenzaba a publicar la revista de la *Asociación Iberoamericana de Rehabilitación*, que dos años después se constituía como entidad jurídica (58). Esta revista se llamaba *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* y pervive hasta nuestros días con publicaciones esporádicas de carácter extraordinario.

Las actividades que desarrollaba esta *Asociación Iberoamericana de Rehabilitación* estaban dirigidas a estimular y desarrollar la Rehabilitación en los países iberoamericanos y crear una doctrina médica común en los problemas de Rehabilitación.

Por otro lado, también se encargaba de investigar, promover y asistir al desarrollo de planes nacionales o regionales, solicitando de las organizaciones Nacionales e Internacionales ayuda y asistencias técnicas y económicas para conseguir la Rehabilitación y promoción social de los inválidos. También se encargaba de organizar y celebrar congresos, facilitar y promover la publicación de libros y revistas científicas sobre Rehabilitación en lengua castellana y portuguesa, con el fin de difundir los conocimientos que se generasen en el campo de la Rehabilitación. Esta revista carecía de finalidad lucrativa, se repartía gratuitamente a los profesionales de la Rehabilitación de España e Iberoamérica y se cedía una cantidad de ejemplares a la *Sociedad Internacional de Rehabilitación del lisiado* para su distribución entre los miembros de dicha sociedad.

Esta sociedad que en 1960 cambió su nombre por el de *Sociedad Internacional de Rehabilitación del Inválido*, agrupaba a 51 países con el objetivo de mejorar los servicios dedicados a los niños y adultos incapacitados físicamente. Intercambiaba información social, médica vocacional y educacional entre todos los países pertenecientes, por lo que era un foco de distribución de información muy importante (59).

---

<sup>58</sup> Editorial: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1967; III: 6.

<sup>59</sup> Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V: 98-99.

### 6.3.2. Especialización y formación del médico rehabilitador

En todos los foros médicos se hablaba de que era necesario la formación del médico y personal auxiliar en el ámbito de la Rehabilitación.

La *Sociedad Española de Rehabilitación* impulsó la formación especializada de los médicos en este campo. En la revista *Acta Fisioterápica Ibérica* aparecía publicado en el apartado de información, los estudios de especialización en Medicina Física y Rehabilitación de las enfermedades del aparato locomotor (60). El curso se desarrollaba en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona con una duración de 2 años y estaba dirigido a los doctores o licenciados en Medicina. Los contenidos del curso se describen en el anexo II. Finalmente dos años después, en 1960 se le dio al curso carácter oficial.

En el Dispensario Central de Lucha contra la Invalidez, en el año 1959, Cecilio González también organizaba los cursos de capacitación para médicos y enfermeras en el ámbito de la Rehabilitación (34). A partir del año siguiente y en colaboración con la Facultad de Medicina de Madrid, con la Cátedra del profesor Martín Lagos, se organizaron cursos de un año académico de duración, subvencionados por la Dirección General de Sanidad (DGS), para la formación de médicos especialistas y fisioterapeutas. En años posteriores y con planes de estudios semejantes empezaron a impartirse nuevos cursos en Barcelona y Valencia.

En la Facultad de Medicina de Madrid, estos cursos estaban adscritos a la Cátedra de Patología Quirúrgica dirigida por el profesor Martín Lagos, que en 1955, había creado el primer servicio de Rehabilitación en el viejo Hospital de San Carlos (34). En 1960 se inauguró el nuevo Hospital y se creó el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico, (61).

“A partir de 1960 se podía obtener un título universitario de capacitación en Rehabilitación en Madrid, refrendado por la DGS. A partir del año 1961, el mismo título pudo obtenerse en Barcelona y en Valencia. Estas denominadas Escuelas Profesionales

<sup>60</sup> Información: estudios de especialización. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III: 93-94.

<sup>61</sup> González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 1-31.

otorgaban títulos de especialista médico en cursos de dos años. Hasta 1970, se habían formado en la escuela de Madrid 138 médicos” (45).

En 1964, se celebraron en Madrid, las I Jornadas Médico-Sociales de la Cruz Roja Española, desarrollándose durante tres días (41). Se dedicó una sección al tema de la Rehabilitación en la que se realizaron 7 ponencias, con temas muy candentes en ese momento como eran, el empleo del inválido, la importancia social de la Rehabilitación, estructuras legislativas de ayuda al inválido y, la escolaridad del niño inválido. También fue en este mismo año cuando González Más presentó la primera edición de su *Tratado de Rehabilitación Médica*, tomo primero (62). En este libro se trataban los síndromes invalidantes del sistema nervioso, incluyendo temas sobre tratamientos quirúrgicos, psicopatología del inválido neurológico, asistencia social, ayudas ortopédicas y terapéutica ocupacional. También es importante destacar que se dedicaban dos capítulos a la rehabilitación y tratamientos quirúrgicos del poliomielítico, como una muestra más del interés y dedicación que exigía esta enfermedad entre el colectivo de rehabilitadores.

En 1966, en el Hospital de la Cruz Roja Española de Madrid, bajo la dirección del Dr. González Más, se impartieron nuevos cursos de especialización en Rehabilitación sobre diversos temas como la recuperación del lenguaje, la Rehabilitación del parálítico cerebral, la socioeconomía de la Rehabilitación y la Rehabilitación del hemipléjico, entre otros (63). Como vemos, ya se estaban comenzando a organizar cursos de supraespecialización dentro de la disciplina de la Rehabilitación.

Dos años después, se daba un paso más cuando Hernández, Martínez y Roldán, proponían que la Rehabilitación fuera una asignatura obligatoria durante el periodo de graduación de Medicina, y además consideraban, que se debían exigir

---

<sup>62</sup> Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1964; IX: 43-44.

<sup>63</sup> Cruz Roja Española. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 192.

unos cursos complementarios para la obtención del título de especialista en Rehabilitación (64).

Cecilio González, en 1970, señalaba que España fue uno de los primeros países que estableció la enseñanza de la rehabilitación como especialidad médica (65). Así siguiendo las normas internacionales, la especialidad duraba tres años académicos y estaba adscrita al Departamento que dirigía el Profesor Armijo y a la Cátedra de Terapéutica Física del Profesor Gil Gayarre.

En el BOE del 19 de Junio de 1967, se publicaba el Decreto 1243 de fecha del 1 del mismo mes, referente a la ordenación en Departamentos de las Facultades de Medicina (66). Así, se creaba el “*Departamento de Radiología y Fisioterapia*”, que agrupaba a Radioterapia, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Hidroterapia y Climatoterapia, Rehabilitación y otras disciplinas afines. Según el BOE, podían adscribirse a este Departamento las Cátedras de Terapéutica Física e Hidrología Médica. Este hecho fue criticado, porque se incluía a la Rehabilitación bajo la denominación de uno de sus medios auxiliares, la fisioterapia (67).

Para entender esta amalgama hay que remontarse al siglo XIX, donde clásicamente se estudiaba una asignatura llamada la Terapéutica o Materia médica donde se incluían contenidos farmacológicos y quirúrgicos.

Con la aparición de los procedimientos físicos terapéuticos, electricidad, corrientes de alta frecuencia, radiaciones ionizantes, etc., comenzaría a configurarse a principios del siglo XX en algunas universidades, una nueva asignatura denominada Terapéutica Física o Física Terapéutica o Fisioterapia. Esta asignatura abarcaba todos los procedimientos físicos como el ejercicio físico, hidroterapia y electroterapia.

En este contexto la electroterapia no tenía el sentido actual, sino que se incluían todo tipo de radiaciones tanto las ionizantes como las no ionizantes. Por este motivo parte de los contenidos de Rehabilitación estaban incluidos aquí.

<sup>64</sup> Hernández Gómez R, Martínez Poza A, Roldán Álvarez A. Enseñanza de la Rehabilitación. *Rehabilitación* 1968; 2: 347-352.

<sup>65</sup> González Sánchez C. Op. Cit., p.17.

<sup>66</sup> Decreto 1 junio 1967 núm. 1243/67 (Mº Educ. y Ciencia). FACULTAD DE MEDICINA. Ordenación en departamentos. B. O. Estado 19 junio 1967 (núm. 145).

Posteriormente, dejaría de usarse el vocablo fisioterapia en este sentido de terapéutica física, para referirse exclusivamente a una profesión técnica y a unos contenidos auxiliares de la Rehabilitación, que se encargaría de la aplicación de los tratamientos físicos no ionizantes.

Comenzaron a impartirse cursos en este ámbito como ampliación de los estudios tras la licenciatura de Medicina en Barcelona o Valencia. En la Universidad Central de Madrid se creó la *Cátedra de Electrología y Radiología Médicas*, con contenidos de electroterapia y radiología radioterápica (45). Pero en la mayor parte de las Universidades se incluían estos contenidos en la asignatura de Terapéutica, que incluía tanto la parte médica como la física.

Desde el ámbito universitario también se pretendió anexionar los contenidos de la novedosa Rehabilitación a otras disciplinas. Así Piédrola Gil, catedrático de Higiene y Sanidad, consideraba que la Rehabilitación era una especialidad eminentemente social y psicológica por lo que era mejor incluirla dentro de la “Medicina Preventiva, Social y Forense” (64). Desde este ámbito, tampoco consideraban apropiado el nombre americano de fisiatría para referirse a toda aquella parte de la Medicina que no era psiquiatría. Consideraban que en la formación del médico rehabilitador, que estaban de acuerdo en que debía ser un especialista aceptándose así la especialidad clínica, debía incluir también aspectos sociales, legales, psicológicos y de formación humanística. Además, este médico debía de tener conocimientos de fisiopatología y terapéutica. Para conseguir esta formación consideraban que la especialidad debía durar cuatro años.

Para Piédrola, la Rehabilitación recogía y unificaba una serie de aspectos médicos para enfocarlos y proyectarlos sobre el ámbito social. Como vemos la Medicina Preventiva por su parte, también trataba de expansionar su disciplina e intentaba incluir la Rehabilitación bajo su área de conocimiento.

Pero finalmente no se consolidaron estos esfuerzos por parte de la Medicina Preventiva, y los contenidos docentes de la Rehabilitación se incluyeron en la cátedra de Terapéutica Física donde tradicionalmente había estado, comenzándose a

---

<sup>67</sup> Hernández Gómez R. Conceptos y situaciones que deben ser revisados en Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967; 1: 413-424.

impartir la docencia pregrado de la Rehabilitación. El primer catedrático de Rehabilitación fue Carlos Caballé Lancry de Valencia, en 1970, al que fueron siguiendo Luis Pablo Rodríguez Rodríguez y Asirón Yribarren (68). Más recientemente ha obtenido la Cátedra el profesor Pérez Castilla (69). También destacamos a Molina Ariño, Hidalgo de Caviedes y Robles Gómez, por nombrar algunos de los más relevantes a juicio de Climent (45).

Pero se tuvo que esperar hasta 1978, para que se regularizase la formación en las especialidades médicas, pues hasta ese momento no existía un programa específico para desarrollar en esta docencia postgraduada de especialización en el ámbito de la Rehabilitación (70).

Actualmente, al no existir área específica de Rehabilitación y Medicina Física, la mayoría de los docentes universitarios de esta disciplinan se agrupan en el área de “Radiología y Medicina Física”. Esta área agrupa cuatro especialidades médicas bastante diferentes en cuanto al tipo de radiación usada, ionizante o no, y en cuanto a la finalidad diagnóstica o terapéutica: Radiología, Radioterapia, Medicina Nuclear y, Rehabilitación y Medicina Física.

En 1968, el Comité de Expertos en Rehabilitación de la OMS, en su segundo informe, recomendaba la creación de una cátedra de Rehabilitación en cada Facultad de Medicina (9). El citado informe también añadía en uno de sus párrafos, que para propagar el conocimiento de la Rehabilitación Médica era de suma importancia introducirla en un estadio precoz durante los estudios médicos de Licenciatura.

De acuerdo con esta idea también estaban Piédrola y Orozco, sin embargo otros autores como Hernández Gómez, aconsejaban su inclusión en el programa en los últimos años debido a la complejidad de la especialidad, ya que requería poseer unos conocimientos sedimentados de otras especialidades médicas, y junto a estos, además estudios de humanismo, sociología y antropología médica, y derecho laboral (71). Además para Hernández Gómez la Rehabilitación era una de las ramas más

<sup>68</sup> Alvarez Badillo A. Proyecto docente. 1999.

<sup>69</sup> Miangolarra Page JC. Proyecto docente. 2000.

<sup>70</sup> Anónimo. Historia de los programas de formación. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación* n° 38. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 75-102.

<sup>71</sup> Hernández Gómez R. Teoría de la enseñanza en Rehabilitación (1). *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1971; VII: 27-35.

modernas de la Medicina Social y que debía estar incluida junto a ésta y no en el *Departamento de Radiología y Fisioterapia* (actual Radiología y Medicina Física) junto al que todavía actualmente se encuentra, en las Universidades en las que se imparte.

En cuanto a la formación de los médicos generales en materia de Rehabilitación, fue en 1960, en la Universidad Complutense de Madrid, en la Cátedra de Higiene y Sanidad del Profesor Piédrola, donde se empezó a impartir las primeras lecciones sobre rehabilitación (34). Ya hemos comentado anteriormente que en España, los contenidos de Medicina Física tradicionalmente se impartían en la asignatura Terapéutica, excepto en las Universidades de Barcelona, Valencia y Universidad Central de Madrid, donde se creó la Cátedra de Electrología y Radiología Médica. En un estudio llevado a cabo por la Federación Internacional de Medicina Física, en 1962, se confirmó que prácticamente en todos los países europeos se impartía medicina física a sus estudiantes de Medicina, excepto en Portugal (72).

Con relación a los libros publicados por españoles en el ámbito de la Rehabilitación, en 1956, veía la luz la primera edición del *tratado Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje* de Luis Esteban Múgica (73). Este autor era un traumatólogo que trabajó en el Centro Nacional de Rehabilitación y tuvo un gran interés en las técnicas cinesiterápicas. El libro estaba dirigido según su autor a médicos, ayudantes técnicos sanitarios, enfermeras y profesores de educación física. Estaba orientado a la adquisición de conocimientos de Rehabilitación de forma parcelar, por articulaciones, y al conjunto del tratamiento rehabilitador de las enfermedades invalidantes clásicas, dedicando especial atención al caso de la poliomielitis.

Posteriormente, dos años después, aparecía otro libro de Medicina Física y Rehabilitación en castellano, el de Alfonso Tohen Zamudio, en el que se abarcaban

<sup>72</sup> Stranberg B, Jespersen K, Sury B. Educación y enseñanza del personal médico y no médico en Medicina Física y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 55-74.

<sup>73</sup> Esteban Múgica L. *Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje*. Tercera edición Madrid: E. Paz Montalvo, 1962.



técnicas y agentes físicos, así como capítulos sobre exploración del balance muscular y Terapia Ocupacional (74). El autor de la crítica del libro, lo definía como excelente y lo aconsejaba como una guía “segura y eficazísima” para cuantos quisieran iniciarse el camino de la Medicina Física y Rehabilitación.

En 1963, Rafael Esteve de Miguel, también traumatólogo, publicaba el libro titulado *Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología* (75). En este libro se exponían las principales enfermedades invalidantes, hemiplejía, parálisis cerebral infantil, amputados, poliomielitis entre otras. El enfoque no era sólo desde el punto de vista cinesiterápico, sino más global, porque también se describían técnicas de diagnóstico, valoración y tratamiento incluyendo terapia ocupacional y ayudas técnicas y ortésicas para el incapacitado.

Esteve de Miguel reconocía que la terapéutica ocupacional todavía estaba pobremente desarrollada en nuestro país, a pesar de su importante labor en el campo de la rehabilitación.

Este libro constituye una de las primeras muestras en cuanto a la concepción integral que se iba adquiriendo de la Rehabilitación, donde la fisioterapia se aunaba a la terapia ocupacional, la terapia vocacional, la educación y los cuidados psicológicos. También tenemos que destacar que se dedicaba un capítulo muy extenso al tratamiento rehabilitador de la poliomielitis, describiéndose minuciosamente según la fase clínica en que se encontrara el paciente. Las epidemias de polio de los años cincuenta originaron un gran volumen de pacientes susceptibles de recibir tratamiento rehabilitador, generándose una gran demanda de tales cuidados. Con la introducción de la vacuna entre los años de 1963 y 1964, comenzó a disminuir el número de nuevos casos, pero se mantenía el tratamiento de los anteriormente infectados, ya que estos requerían cuidados y revisiones periódicas durante prácticamente toda la vida.

Posteriormente, González Más publicaba la segunda edición de su *Tratado de Rehabilitación Médica* (76). En este mismo año en el segundo Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación de la OMS, se insistía en la necesidad de formación

<sup>74</sup> Crítica de libros. Pujol P. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III(3): 57.

<sup>75</sup> Esteve Miguel R, Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.

del especialista en Rehabilitación, y se aconsejaba que siguiera el siguiente esquema en su aprendizaje (10). Un primer año de realización de rotación por medicina interna o pediatría. Otro año posterior para conseguir experiencia en alguna de las siguientes especialidades: cirugía ortopédica, neurología, reumatología, cardiología, etc. Se consideraba que la rotación por los servicios de Rehabilitación debía de ser de al menos dos años, uno en la unidad de Rehabilitación médica de un hospital general y otro año en un centro de Rehabilitación. En dicho informe también se señalaba de gran importancia, la introducción de la Rehabilitación médica en los primeros años de estudio de la licenciatura del médico, para que tomara contacto con este cuerpo de conocimientos tan distinto del resto de la medicina.

A pesar del alto nivel de actividad asistencial realizado por estos médicos, en el ámbito de la investigación no seguía un curso paralelo. Ya en el segundo informe del Comité de Expertos en Rehabilitación, se apuntaba que la **investigación** en Rehabilitación, todavía estaba en un estadio precoz en muchos países del mundo (9). Era una especialidad relativamente joven, e incluso en algunos países como España estaba en vías de conseguir la oficialidad. Por este motivo la actividad de los especialistas, se había centrado en organizar los servicios de Rehabilitación y la formación del personal para el tratamiento.

La investigación clínica si se había llevado a cabo y ya existía un cierto número de publicaciones dedicadas exclusivamente a la Rehabilitación médica. Sin embargo, este comité resaltaba la importancia de la investigación básica y estimaba que los centros de investigación debían establecerse en conjunción con los centros piloto de Rehabilitación para realizar estudios.

En este informe, también se presentaba cuáles eran los principales núcleos de interés en la investigación de Rehabilitación durante este periodo histórico, destacando los campos de la ergonomía y automatización aplicada al discapacitado, el empleo en la era de la automatización, problemas psicosociales, ingeniería biomédica aplicada a las prótesis y ortesis. Y por último, era un tema de especial

---

<sup>76</sup> González Más R. *Tratado de Rehabilitación médica*. Barcelona: Ed. Científico Médica, 1969.

interés, el estudio sobre el valor económico de la Rehabilitación comparando el coste de la asistencia médica y las técnicas del tratamiento con el potencial de productividad de los discapacitados, es decir estudios de eficiencia. Hay que destacar que todavía hoy, treinta años después, estos temas de investigación continúan en plena vigencia.

### **6.3.3. Reconocimiento oficial de la especialidad del médico rehabilitador**

En España las especialidades médicas han ido siendo reconocidas oficialmente a medida que la realidad sociosanitaria las demandaba, por lo que sin duda su práctica real y concreta comenzaba mucho antes de obtener los reconocimientos oficiales (70). Así, al amparo de la Ley del 20 julio 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de especialidades (77), se reconocía el 6 de junio de 1969, por el Ministerio de Educación y Ciencia, la Rehabilitación como especialidad médica (78). Ya hemos comentado anteriormente cómo la junta directiva de la SER, se mostraba profundamente ofendida cuando se constituyó el Patronato de Rehabilitación y ninguno de sus miembros entró a formar parte de él. Parece ser que durante este periodo de prácticamente toda la década de los años sesenta hubo “diversos episodios de desavenencias que sin duda retrasaron la implantación profesional” (45).

Posteriormente con los nuevos presidentes de la SER las relaciones fueron mejorando y se propició el reconocimiento oficial de la especialidad. Climent destacaba el papel de Lozano Azulas el presidente de la sociedad de Rehabilitación en ese momento, y de García Orocoyen, director General de Sanidad, que siempre había favorecido la idea de la Rehabilitación, en el proceso de especialización. E incluso destacaba el hecho de que desde el Gobierno se recibiera en audiencia al pleno de la junta directiva de la SER el 26 de febrero de 1969, como muestra del

<sup>77</sup> Ley 20 julio 1955 (Jefatura del Estado). MEDICOS. Enseñanza, título y ejercicio de especialidades. 1030. Boletín 21 julio 1955 (núm. 202).

<sup>78</sup> Decreto 6 junio 1969, núm. 1140/69 (Mº Educ. y Ciencia). MEDICOS. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B. O. Estado 17 junio 1969 (núm. 144).

interés y del apoyo hacia este grupo de profesionales. Pero probablemente fuera una muestra de apoyo más hacia unas personas concretas que hacia la nascente especialidad.

Por otro lado el inicio de la oficialidad de la especialidad no constituía el inicio de una actividad especializada sino simplemente la condición de ser una actividad reconocida oficialmente. Como apuntaba Climent “En realidad, el reconocimiento oficial de la especialidad que muchos han considerado el inicio de la Rehabilitación en España, fue simplemente el punto final de los esfuerzos de todo un colectivo, iniciados (...) en los últimos años del siglo XIX” (45).

Por fin se reconocía el papel del nuevo especialista, y se comenzaría una fase de auge y desarrollo de la especialidad,

“con la atribución de un papel destacado en la coordinación del equipo de profesionales que había de resolver los problemas de salud de los pacientes. A partir de este momento comenzaría una fase expansiva del ejercicio, con un aumento de profesionales, de servicios asistenciales, de recursos docentes y de actividad científica que hasta entonces había permanecido muy solapado” (45).

La andadura y el esfuerzo de un colectivo de médicos que al principio estaba constituido fundamentalmente por traumatólogos, fue modificándose, perfilándose, definiéndose, especializándose en un sentido de la Medicina, y hacia un grupo especial de pacientes que confirió a la especialidad un sello propio, genuino que junto a unas relaciones políticas propicias consiguió finalmente que se reconociera oficialmente la especialidad.

Según Climent, en este proceso de especialización en Rehabilitación médica pueden distinguirse tres fases: la formulación, la cristalización y el reconocimiento oficial (45).

En la *fase de formulación* se sientan las sólidas bases para la edificación de la especialidad, van apareciendo médicos que centraban su actividad en algún elemento específico, ejercicio, electroterapia, hidroterapia.

En la *fase de cristalización* los avances tecnológicos, científicos y sociales permiten la dedicación de los primeros médicos de la especialidad. El tema del

trabajo que nos ocupa, se desarrolla principalmente en esta fase. Los avances en el campo fundamentalmente de la electroterapia propiciaron el desarrollo de unos profesionales que se dedicaban a ponerlos en práctica y a seguir investigando.

Por otro lado, el cuerpo de conocimientos en el campo de la readaptación funcional, surgidos en un principio en el campo de los minusválidos del aparato locomotor, al amparo de la Traumatología y Ortopedia, hacía que fuera necesaria la aparición de un médico especialista en este campo. Los traumatólogos como ya hemos visto en capítulos anteriores “pelearon” duro para que la Rehabilitación permaneciera bajo el amparo de su especialidad, bien como una superespecialización o como una prolongación natural de su especialidad (45).

Finalmente, en la *fase de institucionalización*, se reconocía de forma oficial la especialidad y surgían las primeras asociaciones profesionales. En la Rehabilitación estas asociaciones surgieron ya en la fase de cristalización como hemos podido comprobar anteriormente. Pero por fin, en 1969 se reconocía oficialmente, un campo específico de conocimientos diferente de la Terapéutica Física con radiaciones ionizantes y de otro lado, respecto a la traumatología, ya que los contenidos rehabilitadores no se dirigían exclusivamente a los lesionados de aparato locomotor, sino también a otros trastornos físicos e incluso psíquicos.

No cabe duda que el impulso internacional que tuvo la Rehabilitación también propició la configuración de la nueva especialidad en España. En EEUU, en la década de los años 20 comenzaron a verse las primeras luces de una nueva especialidad (79). Durante los años treinta y cuarenta se desarrollaron las bases físicas del tratamiento, admitiéndose como especialidad médica el 3 de junio de 1949 (80). La denominación de la especialidad es distinta según los países, se conoce como Medicina Física y Rehabilitación, fisiatría o Rehabilitación Médica.

<sup>79</sup> Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998.

<sup>80</sup> Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 29-38.

En España se conoce con el nombre de Rehabilitación, pero en EEUU se la denominó como fisiatría. En otros países de Europa ha recibido distintos nombres, en la tabla vemos la nominación en algunos de ellos (81).

<b>Denominación en algunos países europeos de la especialidad de Rehabilitación.</b>	
Alemania	Medicina Física
Bélgica	Medicina Física
Países Bajos	Medicina de Rehabilitación
Reino Unido e	Medicina de la incapacidad
Irlanda	Medicina Física y de Rehabilitación
Dinamarca	Medicina Física y de Rehabilitación
Grecia	Medicina Física y de Rehabilitación
Italia	Medicina Física y de Rehabilitación
Francia	Reeducación y Rehabilitación funcional
Portugal	Medicina Física y de Rehabilitación
España	Rehabilitación

Desde 1960 la especialidad ha ido ganado reconocimiento por la comunidad médica y el público en general, ya que se ha visto necesario su crecimiento ante el importante aumento de discapacitados, minusválidos y ancianos. Sin embargo no podemos dejar de citar lo que Krusen comentaba en 1993 en el prefacio de uno de los manuales más conocidos internacionalmente en el mundo de la Rehabilitación y Medicina Física:

"El paciente discapacitado no es particularmente atractivo en términos de desafío y de las oportunidades médicas que presenta, pero no sólo es el paciente el subestimado, sino también su médico. La categoría del médico está, hasta cierto punto, determinada por la categoría de su paciente, y este fenómeno puede estar descrito como *efecto de arrastre*" (82).

<sup>81</sup> Rodríguez Rodríguez LP. Medicina Física y de Rehabilitación. *Rehabilitación* 1989; 23: 131-132.

<sup>82</sup> Kottke FJ, Lehmann JF, Stillwell GK. Prefacio a la tercera edición. Kottke FJ, Lehmann JF. Prefacio a la cuarta edición. En: FJ Kottke, JF, Lehmann JF. *Medicina Física y rehabilitación*. Cuarta edición Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993; XXIV.

Esto hace alusión a la falta del reconocimiento adecuado hacia los médicos rehabilitadores por parte del resto de médicos, que frecuentemente se manifiesta con el desconocimiento de sus funciones y a veces incluso su confusión con otras profesiones paramédicas.

\*\*\*\*\*

Podemos concluir este capítulo del personal especializado citando las palabras del informe de la Comisión Nacional de Rehabilitación publicado en 1979:

“Como quiera que la Rehabilitación es una especialidad en la que se hace necesario el apoyo humano, por utilizar prioritariamente medios físicos que son aplicados personalmente al paciente, obliga al especialista en Rehabilitación a hacer entre otros cometidos, el papel de coordinador y director de un grupo de personal indispensable como son: Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Logopedas, técnicos Protésico, asistentes Sociales, Psicólogos, Pedagogos y demás personal auxiliar.

Independientemente de lo anterior, el especialista en Rehabilitación será el encargado de llevar a cabo los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos, propios de su especialidad” (83).

Para poder llevar a cabo el tratamiento rehabilitador se necesitaba un conjunto de profesionales que requieran una formación especializada. Durante las décadas de los años cincuenta y sesenta se fueron definiendo los contenidos de cada profesión. Respecto a la obtención de la oficialidad de las titulaciones, fueron en primer lugar los fisioterapeutas quienes la obtuvieron, aunque en realidad eran Auxiliares Técnicos Sanitarios Especializados y posteriormente en 1969, los médicos rehabilitadores consiguieron el reconocimiento oficial de su especialidad.

---

<sup>83</sup> Rodríguez Rodríguez LP, Ruiz García H, Pastrana Pérez-Canales R, Forner Valero V, Asirón Iribarren PJ, Caballé Lancry C. et al. Informe de la Comisión Nacional de Rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación* 1979; 13: 355.

**7. LA LLEGADA DE LAS EPIDEMIAS  
DE POLIOMIELITIS:  
DEMANDA SOCIAL DE REHABILITACION  
(1949-1969)**



## **7. LA LLEGADA DE LAS EPIDEMIAS DE POLIOMIELITIS: DEMANDA SOCIAL DE REHABILITACION (1949-1969)**

En este contexto histórico en el que se va configurando la Rehabilitación como nueva disciplina, aparecieron las terribles epidemias de polio que azotaron a la península durante más de una década, hasta la llegada de las campañas de vacunación.

La poliomielitis como enfermedad infecciosa que afectaba principalmente a las astas anteriores de la médula espinal, podía originar una afectación neuromuscular severa. Como consecuencia de esta afectación, aparecían parálisis musculares que provocaban complicaciones respiratorias y ortopédicas en algunos casos muy severas e incluso mortales.

La Rehabilitación era una disciplina que con su base de conocimientos y prácticas se presentaba como la terapéutica adecuada a los síntomas que aparecían en la infección. El tratamiento en la poliomielitis iba encaminado a la prevención de las deformidades ortopédicas y de las complicaciones respiratorias, y si se establecía cualquiera de ellas también ofrecía ayuda terapéutica.

Por este motivo en los siguientes capítulos vamos a situar la poliomielitis en este contexto histórico, y se van a exponer los avances que propició en el campo de la Medicina Física y de Rehabilitación.

## 7.1. LA POLIOMIELITIS EN LOS AÑOS CINCUENTA Y SESENTA EN ESPAÑA

En este capítulo vamos a exponer los antecedentes históricos de la poliomiелitis, situándolos posteriormente en nuestro país. A continuación, exponemos un breve repaso en los conocimientos etiopatológicos, clínicos, diagnósticos y pronósticos de la enfermedad, existentes en España durante la década de los años cincuenta y sesenta. No es objetivo de esta tesis hacer un repaso exhaustivo de estos contenidos, sino centrarnos en el tratamiento de la poliomiелitis, y dentro de éste en los aspectos más genuinamente rehabilitadores de la enfermedad y que trataremos ampliamente en el capítulo siguiente.

### 7.1.1. *Antecedentes históricos de la poliomiелitis*

En el periodo que estamos estudiando, los conocimientos etiopatogénicos de la poliomiелitis eran prácticamente similares a los actuales. Trueta exponía la siguiente aproximación a la enfermedad

“La poliomiелitis aguda es una enfermedad infecciosa causada por uno de los tres virus del mismo nombre y se caracteriza por una inflamación aguda del sistema nervioso central y de las meninges. Resulta afectada principalmente la neurona motora distal, situada en los cuernos anteriores de la médula espinal y del tronco cerebral. La lesión selectiva de estas células es la causante del síntoma característico de la enfermedad: una parálisis de la neurona motora distal, que se asocia con lesiones en los músculos denervados si la lesión es irreversible” (1).

La voz poliomiелitis estaba tomada del griego, “πολιος” (gris) y “ηυεος” (médula), es decir la palabra poliomiелitis hacía referencia a la inflamación de la médula gris, que es el nombre con el que se conoce a la enfermedad también actualmente (2).

---

<sup>1</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomiелitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957; p. 9.

<sup>2</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomiелitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957.

Se puede seguir el rastro de la poliomielitis desde tiempo inmemorial, pues se considera que ha sido desde que el hombre empezó a vivir en pequeñas comunidades una enfermedad prevalente. Las primeras referencias de la enfermedad encontradas han aparecido en restos óseos hallados en Egipto y que datan del año 3.700 a. de C (3). Hamburger y Hansen encontraron una estela perteneciente a la XVIII dinastía de los habitantes del Valle del Nilo fechada en 2.500 años antes de Cristo que podemos ver en la figura siguiente (4). Esta estela constituye, hasta donde sabemos, una de las primeras representaciones conocidas de una secuela de poliomielitis.



Placa egipcia que data del año 1.300 a.deC. representando a Roma y su mujer haciendo una ofrenda a la diosa Astarte. Aparece un sujeto adulto afectado de secuelas deformantes poliomielíticas en el miembro inferior derecho. Con la rodilla en flexión y el pie equino varo, atado al muslo y fijado a la cintura llevaba un bastón.

También se ha encontrado también un vaso itálico, del siglo IV a. de C., en el que se representaba un sujeto que se apoyaba en una vara larga que sostenía en la mano izquierda, y con el miembro inferior flexionado, abducido y en rotación externa, con toda probabilidad como secuela de haber padecido una poliomielitis (4).

<sup>3</sup> Domínguez A, Pumarola T. Vacuna antipoliomielítica. En: *Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones*. Lluís Salleras Sanmartí. Barcelona: MASSON S.A., 1998; 125.

<sup>4</sup> León Vázquez F. Patogenia de las deformidades poliomielíticas. *Revista Española de Rehabilitación del aparato locomotor* 1963; 3: 61-66.

En 1789, Underwood reconoció por primera vez la enfermedad y en 1838, Jacob Von Heine la separó del resto de parálisis flácidas de miembros inferiores. En 1856, Duchenne describió la anatomía patológica de la enfermedad, relacionando acertadamente la parálisis y atrofia de los miembros con la “atrofia inflamatoria aguda de las células ganglionares de los cuernos anteriores de la médula” y observó que el ataque inicial podía ocurrir tanto en adultos como en niños (5). A partir de aquí se la comenzó a estudiar en una faceta descriptiva y posteriormente se la interpretará desde la vertiente patogénica.

Von Heine publicaba en 1860, según otras referencias fue en 1840, una monografía titulada “Parálisis espinal infantil” “Spinale Kinderlammung” 1ª ed., Stuttgart, 1840 (2,6). En ella estudiaba 150 casos de esta enfermedad, la consideraba como una enfermedad nueva e hizo la primera descripción del cuadro clínico, que coincide como se lo conoce en la actualidad. Su naturaleza epidémica no se supo hasta que Medin, en 1891 caracterizó la historia natural de la enfermedad aguda y las complicaciones neurológicas, durante las epidemias que se produjeron en Escandinavia (7).

A finales del siglo XIX, comenzaron a surgir en puntos tan distantes entre sí como el norte de Europa, Norteamérica y Australia, brotes epidémicos que afectaban tanto a niños como adultos. La primera descripción de una epidemia de poliomiелitis, parece ser la del Bell, que escribió en 1831, de segunda mano, sobre una epidemia que ocurrió en Santa Elena (8). Progresivamente se fueron difundiendo las epidemias a otros países, y en 1953, la OMS exponía “la tendencia inexorable de las cifras declaradas a elevarse en casi todos los países y citó la enfermedad como una amenaza de importancia mundial” (9).

En 1908, Landsteiner y Popper, demostraron la naturaleza infecciosa de la poliomiелitis al inocular en monos tejido del sistema nervioso central de un paciente

<sup>5</sup> Duchenne de Boulogne. *De l'électrisation localisée*. París, 1855. Cfr. Trueta, Wilson y Agerholm.

<sup>6</sup> Sanz Ibañez J. *Nuevas adquisiciones sobre poliomiелitis (folleto para médicos)*. Dirección General de Sanidad. Ministerio de la Gobernación. Madrid 1954.

<sup>7</sup> Los virus. En: *Historia de la Medicina. Desde la prehistoria hasta el año 2000*. Jenny Sutchiffe, Nancy Duin. 1ª Edición Barcelona: Blume, 1993; 108-203.

<sup>8</sup> Bell C. *The nervous system of the human body*. Edimburgo y Londres, 1836. Cfr. Trueta, Wilson y Agerholm..

<sup>9</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. Op. Cit., p. 12.

fallecido por la enfermedad (7). Bodian, Morgan y Howe en 1949 publicaron su descubrimiento de los tres tipos de virus de la poliomielitis. En 1953, Salk creó la vacuna inactivada y Sabin en 1962, la atenuada, constituyendo uno de los mayores éxitos de la medicina moderna, porque permitió controlar una de las enfermedades más graves de la historia en cuanto al número de secuelas discapacitantes que deja (10).

En el momento actual, a través de las campañas de vacunación sistemática existe un control prácticamente total de la poliomielitis en los países desarrollados, afectándose casi exclusivamente los pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, todavía se producen 150.000 casos anuales de poliomielitis en los países en vías de desarrollo, fundamentalmente en el sur de Asia (Afganistán, Pakistán e India) y Africa (principalmente Nigeria y República Democrática del Congo) (11). Uno de los objetivos prioritarios de la OMS es erradicar la poliomielitis y considera que con una enérgica campaña de vacunación se podría eliminar la enfermedad en menos de dos años.

### **7.1.2 Conocimientos sobre la enfermedad**

#### ***En cuanto a la nomenclatura:***

En 1860, en la monografía de Heine se describía como *parálisis espinal infantil* (6). Después se veía que también se afectaba el adulto y otras zonas del SNC como el bulbo y la zona pontina, por lo que se comenzó a usar el nombre de *poliomielitis acuta anterior* (6). El término de parálisis infantil, con el que también se conocía, era equívoco porque aunque la poliomielitis era una enfermedad de la infancia, en modo alguno era exclusiva de la misma (12). Otros nombres con los que también se conocía la enfermedad fueron poliomielitis epidémica, parálisis atrófica aguda y parálisis esencial infantil del niño.

<sup>10</sup> Lardies González J. Génesis y unificación del concepto de poliomielitis. *Asclepio* 1974; XXVI: 135-140.

<sup>11</sup> La OMS pide un último esfuerzo frente a la poliomielitis. *7 Días Médicos*; 1999, nº 392: 26-27.

<sup>12</sup> Lewin P. *Parálisis infantil. Poliomielitis anterior*. Barcelona: Salvat editores, SA, 1945; 394 p.

Gracias a los estudios de Medin sobre las formas agudas en las epidemias de Estocolmo de 1887, se comenzó a utilizar el nombre de enfermedad de Heine-Medin, como de un término más amplio que parálisis infantil espinal, que, como ya hemos dicho, excluía a los adultos y a otras formas no espinales de la enfermedad (6, 13).

Lo que se llamaba poliomielitis en 1914 era bastante diferente de lo que se entendía por tal en 1953. En 1914 no se consideraban más que los casos de parálisis espinal, pero desde 1930 se incluían también las formas encefálicas y bulbares puras, lo que provocaba un aumento notable en la casuística de muchos países, como resultado del avance en el método de clasificación de la enfermedad (14).

La población general no vinculada con el mundo sanitario, conocía popularmente a esta enfermedad como parálisis infantil, por su afectación predominantemente de los niños y más rara vez de adolescentes o adultos (15).

### ***En cuanto a la etiología y los factores desencadenantes de la enfermedad***

En 1941, todavía se tenían escasos conocimientos sobre el virus de la poliomielitis, a pesar de tener unos magníficos conocimientos respecto a su clínica y su tratamiento, que coinciden plenamente con los conocimientos actuales, salvo en el avance de la vacuna (16).

En 1957, en un magnífico libro sobre el tema, ya se hacía una minuciosa descripción sobre el virus y se distinguían los tres tipos existentes (2). Tenemos que recordar que aunque hablemos del virus poliomiéltico, como ya sabemos son tres virus los posibles causantes de la infección: tipo I, II y III.

El modelo etiopatogénico que se elaboró se mantiene en vigor actualmente. El virus penetraba por la vía orofaríngea y podía eliminarse por las heces sin producir prácticamente ningún síntoma o algún episodio de diarrea. En algunas personas podía permanecer de forma asintomática en el intestino, eran los portadores sanos que constituían un gran riesgo epidemiológico (17). Otras veces el virus podía

<sup>13</sup> Kenneth F Kiple. *The Cambridge word history of human disease*. London: Cambridge University Press, 1993. 942-950.

<sup>14</sup> Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 984-1026.

<sup>15</sup> Berg R. *La lucha contra la poliomielitis*. Buenos Aires: Nova, 1949.

<sup>16</sup> Ibrahim J. Enfermedades del Sistema Nervioso. En: Feer E. *Tratado de enfermedades de los niños*. 6ª edición Barcelona: Editorial Manuel Marín, 1941; 551-561.

<sup>17</sup> Clavero G, Pérez Gallardo F. Epidemiología de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española*; 106:1169-1194.

pasar desde el tubo digestivo al torrente sanguíneo y penetrar en el sistema nervioso central ocasionando el cuadro clínico característico. Los virus se transmitían de persona a persona por vía fecal-oral.

Se describían cuatro factores como desencadenantes o potenciadores de que un individuo desarrollara la enfermedad franca durante el periodo de infección (2).

En primer lugar, la parálisis aparecía frecuentemente zonas que habían sufrido un traumatismo o con la misma inervación segmentaria que el área traumatizada. En este sentido, muy frecuentemente eran culpables las inyecciones intramusculares de sustancias irritantes y la administración de la vacuna antidiftérica. La razón de este fenómeno no se conocía completamente, aunque se apuntaba que podía ser una respuesta de aumento de la permeabilidad local en los segmentos medulares correspondientes (2).

De otro lado, la amigdalectomía y la extracción de piezas dentarias podía desencadenar sobre todo el tipo bulbar de la enfermedad, desarrollándose tempranamente, incluso el segundo día después de la operación. Se pensaba que era por un paso directo de la sangre y linfa infectada desde la nasofaringe al tallo cerebral y parte superior de la médula.

También se relacionó el ejercicio excesivo y el enfriamiento durante el periodo virémico, como factor desencadenante de la parálisis, encontrándose mayor afectación en los músculos más ejercitados. Por este motivo se desaconsejaba bañarse en piscinas durante la época de epidemia, pues se combinaban los factores enfriamiento y ejercicio (2).

Se comprobó que el embarazo y la lactancia eran factores predisponentes, aunque no se sabía el motivo. Por último, distintos autores españoles vieron que la parálisis cerebral infantil parecía ser un factor de riesgo aunque no estaba descrito en la literatura científica (18,19). En este caso, se afectaban más los músculos con

---

<sup>18</sup> Fernández Ballesteros ML. Poliomielitis en parálisis cerebral infantil. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI:53-57.

<sup>19</sup> Vigil Lorenzo E. Incidencia de poliomielitis en niños afectados de parálisis cerebral espástica. *Acta Pediátrica Española* 1955; 148:250-259.

mayor grado de espasticidad, y la coincidencia de las dos enfermedades agravaba notablemente el pronóstico del niño.

Los individuos de estos cuatro grupos de riesgo eran los candidatos urgentes a la inmunización pasiva con gamma globulina, cuando había estado en contacto con casos de poliomiелitis, y se aconsejaba que las embarazadas tuvieran prioridad para la inmunización activa.

### ***En cuanto a los factores epidemiológicos***

En 1957, se describían tres aspectos calificados como sorprendentes en la epidemiología de la poliomiелitis (2). En primer lugar, la presencia de poliomiелitis endémica en una población no la protegía necesariamente contra la aparición de brotes epidémicos. En segundo lugar, una vez aparecida la forma epidémica en una población, tenía que considerarse como un aviso de otras epidemias en el porvenir cercano dentro de esa misma población. Y en último lugar, a pesar de no conocer todavía el modo de transmisión de la enfermedad, pensaban que el modo de contagio en las epidemias era similar al de otras enfermedades infecciosas transmitidas por contacto personal.

Se creía que la mayor parte de las epidemias se podían explicar por una o las dos causas a continuación descritas. El primer motivo sería la introducción de cepas de un tipo extraño de virus en una comunidad, y la segunda, un aumento de la virulencia de ciertas cepas, que produciría un incremento de casos de enfermedad franca en relación con las infecciones inmunizantes. No se conocía la causa ni a qué era debido el aumento de la virulencia del virus poliomiелítico, pero se pensaba que podía ser debido al acceso del virus a poblaciones susceptibles, como los inmigrantes que se mezclaban con otro grupo de población con un estado inmunitario diferente.



*Epidemiología en España*

Según Salmerón, la historia epidemiológica de la poliomiелitis ha pasado por tres etapas (20). Una primera etapa *endémica* en la que las primoinfecciones ocurrían en la primera infancia, en niños con anticuerpos de origen materno o de corta edad, donde la relación parálisis/infección era baja. Como consecuencia, el número de casos de poliomiелitis era bajo y afectaba esencialmente a la población infantil.

La poliomiелitis endémica se transformaba en *epidémica* a finales del siglo XIX y principios del XX. Entre las causas que se argumentaban para este cambio, destacaban, la mejora de la estructura sanitaria y el retraso de la edad de la primoinfección que provocaban un aumento en la relación parálisis/infección.

La etapa *postvacunal* de la poliomiелitis se iniciaba tras la introducción de la vacuna, primero la inactivada y después la atenuada, consiguiéndose la vacunación de más del 90% de la población y lográndose en algunos países la eliminación temporal de los casos de poliomiелitis.

En España, la primera referencia de un brote epidémico de parálisis infantil es la que tuvo lugar en Valls (Tarragona), en 1896 (21). Durante veinte años no se tuvo noticia de otra epidemia y fue en 1916, cuando ante el creciente número de casos de parálisis infantil aparecidos, se promovió una intensa campaña por parte de las autoridades sanitarias para combatir y proteger de la poliomiелitis (22). Se cumplía lo que expuso Colomo de la Villa, al afirmar que “ después del primer ataque del virus a un núcleo humano retorna después de una pausa, más o menos larga de silencio epidemiológico, estableciendo entonces la misma selección por los lugares del primer brote” (23).

<sup>20</sup> Salmerón García F. Las enfermedades sometidas a programas de vacunación: aspectos epidemiológicos y preventivos. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana DL, 1997; 477-495.

<sup>21</sup> Sanz Ibañez J. *Epidemiología de la poliomiелitis*. III Jornadas médicas Aragonesas. Ponencia: *Poliomiелitis*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 1958; 5-22.

<sup>22</sup> González Rodríguez P. *Aspectos epidemiológicos y sociales de la poliomiелitis. La parálisis infantil en España*. Colección de folletos para médicos nº 30. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1953.

<sup>23</sup> Colomo de la Villa. Observaciones personales sobre poliomiелitis anterior aguda en los últimos tres años. *Acta Pediátrica Española* 1950; 93: 1017-1032.

En 1917, hubo brotes epidémicos en Manzanares (Ciudad Real), Huesca y en Barcelona. La declaración obligatoria de los casos de parálisis infantil se instauraba por un Real Decreto el 10 de Enero de 1919, pero era necesario llegar a 1930 para que se organizara debidamente la recogida de las declaraciones obligatorias de enfermedad (21).

Se recogieron datos por el Boletín del Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad correspondientes a 1931-1953 (21). Sólo se declaraban los casos paralíticos, por lo que desde un punto de vista epidemiológico constituía un gran inconveniente para poder establecer la extensión y difusión de la enfermedad en toda su magnitud. Del estudio de los cuadros estadísticos se estimaba que la poliomielitis fue una enfermedad endémica en nuestro país, y que cada cuatro o cinco años aumentaba el número de casos en una localidad, y cada ocho o diez, aparecía un brote epidémico nacional. En la siguiente tabla vemos el número de casos declarados, y su tasa pro 100.000 habitantes, según el Boletín del Departamento de Estadísticas Sanitarias de la DGS, y en el anexo III aparecen representados en forma de figura (24).

<b>Morbilidad por poliomielitis en España</b>		
<b>Años</b>	<b>casos declarados</b>	<b>tasas por 100.000 hab.</b>
1949	1398	1,7
1950	1.491	5.7
1951	403	2.4
1952	1.584	5.6
1953	936	3.3
1954	872	3
1955	1.086	3.7
1956	1.246	4.2
1957	928	3.1
1958	2.091	7
1959	2.132	7.1
1960	1.632	5.4
1961	1.786	5.8
1962	1.850	5.9
1963	1.954	6.2
1964	195	0.6
1965	62	0.2

La tendencia en la década de los cincuenta era de aumento del número de casos, mientras que en Escandinavia y Norteamérica ya habían pasado las grandes epidemias.

En España, la morbilidad por poliomiелitis fue alta desde 1949 hasta 1963 (20). La tasa más elevada correspondió al año 1959 (7,1 por 100.000 habitantes) y desde entonces siguió una tendencia descendente. La vacunación se inició a finales de 1963 y principios del año siguiente, y según algunos autores, se vacunó al 98,8% de niños en edad de vacunación (9). Y en 1989, se declararon los dos últimos casos de poliomiелitis en España (1).

Arbelo y Beláustegui estudiaron la evolución de la morbiletalidad poliomiелítica de nuestro país durante el periodo de 1951 a 1965 (25). Encontraron que la primoinfección poliomiелítica tenía lugar en edad temprana, antes de los tres años en el 85% de los niños, y a los cinco años en el 98%. Por este motivo y por estar protegido el lactante hasta los tres o cuatro meses de edad por los anticuerpos transmitidos por la madre se pensó en iniciar la vacunación a partir de los tres meses, seguido de las revacunaciones correspondientes. La incidencia en los adolescentes y adultos en nuestro país era inferior a la de otros países europeos, que hacía unos años tenían igual incidencia que la de España en esta época (26). La incidencia era mayor en los meses de Julio a Octubre. Se afectaban más los varones que las mujeres, y la letalidad era del 8,95% similar a la de otros países.

En dicho estudio se demostró que el poliovirus más frecuente era el tipo I, seguido del tipo III y por último el II. También se comprobó que las formas clínicas más frecuentes en nuestro país, como en el resto del mundo, fueron en primer lugar la abortiva en forma de síndrome de gastroenteritis aguda o de "anginas". Después la

<sup>24</sup> Análisis de la morbilidad y mortalidad por causas: poliomiелitis. En: *Análisis de la Situación Sanitaria Española*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Subsecretaría de la salud, 1977; 115-117.

<sup>25</sup> Arbelo Curbelo A. Poliomiелitis. En: Arbelo Curbelo A. *Pediatría Preventiva Antiinfecciosa en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz". Clínica Infantil, 1966; 135-147.

<sup>26</sup> Pérez Gallardo F, Najera Morrondo JA, Ruíz Falcó F, Najera Morrondo E. Epidemiología de la poliomiелitis en España (quinquenio 1955-59). *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1962; 9:374-414.

forma meningítica, no paralítica con fiebre, rigidez de nuca, dolores musculares, etc. Por último, la forma paralítica ya fuera en forma de parálisis flácida o afectando a los núcleos de pares craneales o a los centros bulbares. Estas dos últimas formas clínicas eran las más infrecuentes y graves.

Como disposiciones profilácticas de la infección se aconsejaban: las medidas higiénicas personales y de los alimentos habituales, la notificación correcta de todos los casos aunque en la práctica sólo se hacía de los casos paralíticos, ya que los no paralíticos eran difíciles de diagnosticar (17). Y también se recomendaba el aislamiento de los casos infecciosos y de los sospechosos, aunque los individuos portadores eran un riesgo continuo. No se recomendaba clausurar las escuelas, pero se aconsejaba que los niños no fueran a cines, lugares de juegos ni piscinas. Además, se aconsejaba evitar durante la epidemia las extracciones dentarias y amigdalectomías, así como los ejercicios muy violentos en niños.

En la poliomiелitis se dio una paradoja sanitaria conocida por el *fenómeno Payne* (3). Payne examinó estadísticas de países poco desarrollados para comprobar si en períodos de mayor auge económico y social variaba la incidencia de poliomiелitis y podía establecerse una correlación para preveer la marcha futura de la poliomiелitis.

A la vez, tomó de referencia países con altos niveles de desarrollo y abundantes datos estadísticos como Australia, Canadá Suecia, Francia o USA. Vio que en las tres primeras décadas de este siglo las epidemias más graves aparecieron en los países más desarrollados, a la vez que la edad de los grupos más castigados iba subiendo, afectando cada vez más a adultos jóvenes. Sin embargo, en áreas tropicales con bajo nivel de desarrollo, la incidencia de poliomiелitis se presentaba como lo hacía a mitad del siglo pasado, es decir en niños menores de dos años.

Tomando la mortalidad infantil como indicador del nivel sanitario de un país, Payne comprobó que a medida que ésta bajaba la incidencia de poliomiелitis subía.

De tal forma que, cuando la mortalidad infantil disminuía por debajo de setenta y cinco por mil nacidos vivos, aparecía un aumento del número de casos de polio paralítica. Es decir, para un mismo número de niños en una población con nivel sanitario alto, la incidencia era mucho más alta, que en el mismo número de niños con un ambiente sanitario deficitario. Esto se relacionaba con el hecho de que entre la población con menor nivel sanitario, la primoinfección ocurría antes por lo que la relación infección/parálisis era menor, mientras en el otro grupo el contacto con el virus era más tardío por lo que el riesgo de desarrollar parálisis era mayor.

Las conclusiones que se obtuvieron del estudio de Payne fueron: primera, la incidencia de poliomiелitis estaba aumentando en todo el mundo; segunda, aparecía una paradoja sanitaria, a más alto nivel sanitario mayor incidencia de poliomiелitis y además aumentaba la edad de la primoinfección por el virus. Como colofón de lo anterior se describía el *fenómeno Payne*, que establecía la relación inversa entre el nivel sanitario de un país y la frecuencia de aparición de la poliomiелitis.

En el caso de España, a principios de la década de los años cincuenta, íbamos con media década de retraso respecto a los países anglosajones y escandinavo, porque nuestro nivel sanitario mejoró mucho más lentamente (27). Nuestra situación epidemiológica respecto a la poliomiелitis, era igual a cuando se iniciaron los grandes brotes a principios de siglo en los países sanitariamente más avanzados. Mientras que en la década de los cincuenta había disminuido ya la incidencia de poliomiелitis en estos países, en España nos encontrábamos en plena década epidémica que persistiría hasta principios de los años sesenta cuando se comenzaron las campañas masivas de vacunación en nuestro país.

---

<sup>27</sup> Cruz Hernández M. Consideraciones sobre las formas graves de poliomiелitis en el último brote epidémico de Cádiz. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomiелitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 57-72.

### ***En cuanto a fisiopatología y anatomía patológica***

En este ámbito de la Medicina, los médicos empezaron a estimar que tras la penetración del virus en el interior del organismo y su llegada al sistema nervioso central se provocaban dos tipos de lesiones (28).

En primer lugar, aparecía una reacción inflamatoria inespecífica que se extendía y difundía por todo el neuroeje, médula, encéfalo, ganglios raquídeos y craneales, raíces, cadenas parasimpáticas y meninges, y evolucionaba rápidamente en tres o cuatro días hacia la regresión sin provocar destrucciones ni dejar secuelas (29).

También podían aparecer lesiones específicas de neuronofagia sobre las células nerviosas del asta anterior de la médula, del bulbo, del tronco cerebral e incluso de los núcleos motores de los nervios craneales, pero respetaba las células motoras de la corteza cerebral y en general, las motoneuronas de las porciones superiores del encéfalo a partir de los pedúnculos cerebrales. Esta destrucción neuronal se caracterizaba por ser anárquica y asimétrica, por lo que en la periferia próxima a la destrucción, existían neuronas con lesiones más o menos acentuadas pero reversibles, y quedaban intactas las más alejadas de la presencia del virus. Esto explicaba que pasado un tiempo un músculo que inicialmente estaba paralizado se recuperara a veces incluso totalmente.

El conocimiento de la anatomía y de la función de la unidad motora era esencial para el tratamiento de la poliomiелitis en todos sus períodos. Un músculo estaba inervado por distintas raíces motoras por lo que podían afectarse sólo algunas de ellas y aparecía paresia muscular y no parálisis. Se vio que los diferentes grados de fuerza obtenidos por la contracción voluntaria estaban relacionados con el número de unidades motoras que se contraían simultáneamente (29).

---

<sup>28</sup> Martín Lagos F. Prevención de deformaciones y Rehabilitación. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomiелitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 103-122.

<sup>29</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. Anatomía patológica de la poliomiелitis. En: Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomiелitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957; 32-40.

También podían existir lesiones del sistema nervioso simpático tanto de los núcleos simpáticos de los segmentos dorsolumbares como en las células postganglionares de la cadena simpática y originaban alteraciones de la sudoración y trastornos circulatorios en las extremidades fundamentalmente (29).

### ***En cuanto a las formas clínicas***

En este momento ya existía un modelo que prácticamente es igual al actual. Se sabía que el virus afectaba al sistema nervioso, teniendo especial predilección por las motoneuronas de las astas anteriores, de ahí el nombre de poliomiелitis anterior aguda. Solamente se afectaba la médula espinal en el 1 al 5% de las personas infectadas, pero en estos casos se afectaban más del 95% de las motoneuronas. En el 95% de los casos la infección por el virus era inespecífica y no se diagnosticaba, era la forma abortiva.

Tras un periodo de incubación de 1 a 2 semanas aparecían dolores musculares, malestar y febrícula que duraban de 1 a 3 días. Después se manifestaba la fiebre, los dolores generalizados y la rigidez de cuello y espalda. Eran muy conocidos los típicos signos de meningismo: del “trípode” o de “besar las rodillas” (30).

La enfermedad podía regresar sin secuelas o podía aparecer la parálisis muscular entre el segundo y el quinto día desde el comienzo de la clínica (31). Era conocida como “parálisis de la mañana”, porque muchos niños se acostaban bien y amanecían ya paralizados.

Aparecían también dolores fulgurante, hiperestesia, mialgias y sensación de tirantez muscular. La zona lumbar se afectaba con mayor frecuencia que el área cervical o los pares craneales. La atrofia de los músculos afectados se presentaba ya en la primera semana. Podía producirse afectación bulbar en el 10-15% de los casos, con los temidos síntomas respiratorios.

<sup>30</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. Descripción clínica, diagnóstico y evacuación. En: Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomiелitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957; 32-40.

<sup>31</sup> Antero Noailles, Oliver F. *Clínica de la poliomiелitis*. III Jornadas Médicas aragonesas. Ponencia sobre poliomiелitis. Zaragoza: Institución Fernando el Católico (C.S.I.C.), 1958; 23-33.

La pérdida sensitiva era rara. La disfunción autonómica provocaba arritmia cardíaca, hipertensión arterial, hiperhidrosis, retención urinaria y estreñimiento.

Se describían clásicamente tres formas clínicas: abortiva, meningítica no paralítica y paralítica, con una relación de frecuencia de 100/10/1, respectivamente (25). Dentro de la poliomielitis paralítica se distinguían cuatro formas según el nivel de afectación, la espinal, la facial, la bulbar y la encefalítica.

La mortalidad era consecuencia habitualmente de la afectación bulbar o respiratoria. Los supervivientes recuperaban gradualmente la función total o parcial de los músculos no completamente paralizados. La mejoría comenzaba ya en la primera semana y podía continuar durante algunos años después de la enfermedad aguda. Tras la afectación de las motoneuronas se producía una degeneración walleriana y las fibras musculares inervadas por ellas se atrofiaban y por ello aparecía la parálisis o la paresia muscular. Las secuelas que aparecían tras la poliomielitis aguda iban a depender del grado de afectación inicial y de su posterior recuperación muscular.

### ***En cuanto al diagnóstico y diagnóstico diferencial***

Ya en 1956, se conocía que la importancia de realizar un diagnóstico correcto y precoz de esta enfermedad para mejorar el pronóstico vital y el pronóstico a largo plazo.

“El secreto para un correcto tratamiento de la poliomielitis radica en una perfecta exploración del enfermo para descubrir los más pequeños detalles” (32).

El diagnóstico precoz era muy importante, no existían síntomas patognomónicos pero la aparición de hipotonía muscular, enfriamiento prematuro del

---

<sup>32</sup> López Quiles J, Silva Azaustre J. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 64.



miembro, supresión de reflejos, pleocitosis, fiebre poco alta e hiperestesia general había de poner al médico sobre aviso y pensar en un caso de posible polio (39).

No era posible realizar un diagnóstico clínico exacto, porque las alteraciones sanguíneas y del líquido cefalorraquídeo eran inespecíficas. Además existían otros enterovirus como Coxsackie y ECHO, que podían dar un cuadro de parálisis muscular. El diagnóstico etiológico sólo podía realizarse mediante el aislamiento del virus en cultivos celulares a partir de las heces, líquido cefalorraquídeo o secreciones faríngeas, y su posterior tipificación, por seroneutralización específica, así como por la demostración del aumento de anticuerpos neutralizantes antipoliomielíticos.

En esta enfermedad la exploración del enfermo era muy importante para establecer el diagnóstico, valorar la evolución y poder sentar un pronóstico. Por eso se realizaba un examen muy detallado de estos pacientes (33). Se comenzaba realizando una valoración de la movilidad pasiva y de la actitud articular, así como de las retracciones de las fascias.

Después se estudiaba el tono y la función muscular. En la polio se afectaba la motoneurona inferior, con lo que aparecía parálisis o paresia muscular. Era necesario valorar y cuantificar el grado de afectación de estos músculos para seguir su evolución. Por eso se comenzaron a desarrollar distintos sistemas de exploración muscular que posteriormente se han utilizado para realizar evaluaciones de cualquier etiología.

Los iniciadores del nuevo sistema de exploración muscular fueron Wright y Lovett, que ya utilizaban su técnica en 1912 (34). Lovett publicaba en 1917 un libro titulado *Tratamiento de la Parálisis Infantil*, donde desarrollaba por primera vez el tema de la evaluación muscular y se hacía en el contexto de la polio. Esta técnica diagnóstica de valoración muscular fue un avance muy importante dentro del campo de las lesiones del aparato locomotor, porque permitía valorar la fuerza muscular. El

---

<sup>33</sup> Barnosell F. Recuperación funcional de las parálisis poliomiелíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; 1:19-58.

<sup>34</sup> Hislop HJ, Montgomery J. Daniels-Worthingham's, *Pruebas funcionales musculares*. Sexta edición Madrid: Marban, 1997.

método de Lovett se basaba en la observación ocular y táctil de la contracción muscular, utilizando la acción de la gravedad o la resistencia manual del examinador para valorar la potencia de los músculos individuales o de los grupos musculares (35). Los resultados se anotaban y registraban en unos gráficos con los músculos principales y la puntuación. Esta valoración era cualitativa y abarcaba del el músculo normal al que no realizaba ningún movimiento.

En 1922, Lowman optó por una gradación cifrada del 9 al 0. Después Riuzler, Brown y Beton preconizaron una escala cualitativa con menos grados y por lo tanto más fácil de usar. En 1936, Kendall valoraba además de la gravedad y la resistencia, el factor fatiga del músculo, y creaba así una escala porcentual desde el 0 al 100%.

Posteriormente, la *Medical Research Council* recomendaba una variante de la graduación de Lovett con seis grados (36). El grado cero representaba la carencia de fuerza y el grado 5 el músculo con fuerza normal. En el grado 1 existía una ligera contracción muscular que no provocaba movimiento pero sí podía palparse endurecimiento del músculo. En el grado 2 existía una contracción suficiente para mover la articulación pero sin gravedad. En el grado 3 se podía mover la articulación contra gravedad. En el grado 4 se podía mover la articulación contra gravedad y alguna resistencia. El grado 5 era el del músculo con fuerza normal para su edad y sexo.

Una aportación muy importante en la valoración muscular fue la de la *National Foundation for Infantile Paralysis* de EEUU. En este país las epidemias de polio comenzaron a principios del siglo XX afectando a un número muy grande de la población. Se decía que la epidemia de 1916 fue una de las más importantes con 27.000 afectados en todo el país, más de 6.000 muertos y el 75% de las víctimas eran niños menores de cinco años (37).

---

<sup>35</sup> Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.

<sup>36</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. Tratamiento del periodo de recuperación. En: Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomielitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957; 136-156.

<sup>37</sup> Barnosell F. La poliomielitis en los EEUU de América. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 63-85.

Pero fue la infección de un personaje importante la que propinó un empujón muy importante a la investigación sobre este tema. En 1921 enfermaba Franklin D. Roosevelt y en 1924 en Warm Springs (Georgia), comprobó que nadando en agua caliente mejoraba extraordinariamente. Consiguió organizar la “*National Foundation for Infantile Paralysis*” y que se considerara a *Warm Springs* un centro terapéutico de esta enfermedad. Esta Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil no se encargaba de dar asistencia médica a los poliomielíticos, sino que era el eje organizativo de la investigación en polio, propiciando todos los campos de estudio en torno al tema.

En 1946 Williams, Daniels y Worthingham bajo el amparo de la Fundación Nacional de la Parálisis Infantil, restituyeron la gradación internacional de Lovett, pero la convirtieron en cuantitativa al asignarle valores numéricos, frente a la escala de categorías que nominó Lovett. Acogía cinco grados desde el 0 al 5 que era el músculo normal y podía matizarse añadiendo los signos positivo y negativo a cada grado. Se denominó *Clasificación Cifrada Internacional*. En el ámbito médico de las lesiones del aparato locomotor, esta escala de valoración muscular constituyó una aportación muy importante. Su uso ha llegado hasta nuestros días con plena vigencia, sobrepasando el ámbito rehabilitador y utilizándose también en Neurología, Traumatología y Cirugía ortopédica, y Reumatología entre otras especialidades.

También se utilizaron estos procedimientos de evaluación muscular cuando se realizaron los ensayos de campo americanos para el uso de la gammaglobulina, en la prevención de la polio paralítica. Se utilizaron estas técnicas de exploración muscular manual, como método para determinar con exactitud la presencia o ausencia de pérdida de fuerza muscular, y así poder cuantificar la eficacia de la globulina. Un grupo de 67 terapeutas fue entrenado para la realización de estos tests musculares, que evaluaron a las muestras del ensayo de campo y finalmente ayudó a la aprobación completa de la vacuna de Salk (34).

Gracias a la utilización de los test de valoraciones musculares funcionales, la poliomielitis se convirtió en una enfermedad donde la exploración clínica desplazó a las exploraciones electromiográficas. Aconsejaban utilizar siempre el mismo test de valoración muscular, realizarlo con una sistemática para no olvidar ningún músculo y anotarlo siempre en una hoja exploratoria para poder seguir la evolución de la parálisis o paresia (38). Siempre era necesario explorar los principales grupos musculares: infraespinoso y redondo menor, pectoral mayor y tríceps braquial para el miembro superior. Para el miembro inferior había que explorar, flexores de cadera, glúteo mayor, tríceps sural, tibial anterior y posterior y flexores de rodilla (38).

Aparecieron protocolos de valoración muscular para no olvidar la exploración de ningún músculo y poder llevar un registro permanentemente actualizado, ya que se aconseja realizar exploraciones en la primera fase de la enfermedad muy frecuentemente. Este test muscular permitía establecer un pronóstico bastante exacto de la potencia muscular posterior, pasados seis meses de iniciar el tratamiento (33). Por ejemplo si a los ocho meses de iniciar el tratamiento un músculo tenía un balance de 1, raramente después de pasado otro año alcanzaría un valor superior a 2.

Actualmente las técnicas manuales de valoración muscular son las más ampliamente usadas por todos los clínicos en la patología neuromuscular, ya que las técnicas instrumentales no están al alcance de todos.

Las pruebas electromiográficas y electroencefalográficas no daban resultados patognomónicos de la infección, pero a veces resultaban útiles para hacer diagnósticos diferenciales (39). En la poliomielitis, la electromiografía aportaba el patrón de fibrilación espontánea, típico de las enfermedades por denervación aguda,

---

<sup>38</sup> Blanco Argüelles M, Vázquez González C. Balance muscular del poliomielítico. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 1041-1045.

<sup>39</sup> Armayor AF, Nieto Otero M. Valoración electromiográfica en la poliomielitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958;23-25.

y cuando comenzaban a aparecer los potenciales de fasciculación se predecía la reinervación del músculo, mucho antes que con otras técnicas diagnósticas (33).

El examen del líquido cefalorraquídeo, estudiando su aspecto, su citología y las cantidades de glucosa, cloruro, proteínas y globulinas no aportaban ninguna modificación característica que permitiese hacer un diagnóstico seguro de la enfermedad (40).

También se examinaba el déficit arterial periférico, la estática del tronco y de extremidades inferiores, imprescindibles para el estudio de la marcha. La exploración respiratoria era imprescindible en los casos graves, se realizaba un examen radioscópico del tórax y una espirometría para posteriormente poder objetivar el aumento de la capacidad vital con el tratamiento instaurado (38).

El diagnóstico diferencial había que realizarlo en la forma clínica que cursaba sin sintomatología neurológica, con otras enfermedades infecciosas como la faringitis estreptocócica y diftérica, la gripe, alteraciones gastrointestinales y la fiebre tifoidea (30). En la forma meningítica, había que descartar meningitis de otras etiologías como la tuberculosa, las bacterianas y otras víricas, así como encefalitis de causas infecciosas o postvacunales.

En la fase de parálisis muscular había que realizar el diagnóstico diferencial con parálisis histéricas que no eran raras durante el periodo de epidemias, enfermedades reumatológicas que cursaran con pseudoparálisis, parálisis de primera motoneurona, polineuritis agudas y otras radiculopatías (30).

---

<sup>40</sup> Pérez Sandoval D. Estudio químico y citológico del líquido cefalorraquídeo en la polio. *Acta Pediátrica Española* 1952; 115: 572-583.

### ***En cuanto al pronóstico***

En la mayor parte de los casos, la regresión de la parálisis se iniciaba a las 24-48 horas de establecida en su totalidad, siendo muy marcada en los dos o tres primeros días para luego detenerse (41). Posteriormente quedaba ya establecida la parálisis, el tiempo tras el cual se consideraba que no existía recuperación era muy variable según los autores. Para algunos era a los siete u ocho meses tras la fase aguda (42), mientras que para otros podía ser hasta uno o dos años después (35). Pasado este tiempo las secuelas no tenían el mismo valor, ni el mismo pronóstico, por lo que los objetivos terapéuticos debían ser menos ambiciosos.

Según Vázquez González, el 30% de los pacientes afectados quedaban con pequeños déficit musculares (43). El 50% sufría graves secuelas que requerían un tratamiento activo y eficaz para impedir la invalidez. El 10% requería tratamiento durante años para poder llegar a realizar alguna labor activa aunque siempre sedentaria. Y el último 10% tenía tal afectación que se consideraban grandes inválidos y precisaban la ayuda de otra persona para las actividades de la vida corriente.

Sin embargo, para otros autores como Barnosell, el 50% de los enfermos se recuperaban casi completamente, el 25% quedaban con ligeras secuelas, el 20% resultaban severamente afectados por la parálisis y el 5% morían, fundamentalmente por los problemas respiratorios (33).

\*\*\*\*\*

Hemos visto como la llegada de una enfermedad iba a generar nuevos conocimientos y avances científicos en torno a su etiopatogenia, clínica y diagnóstico. En el ámbito del diagnóstico clínico, aparecieron nuevas técnicas

---

<sup>41</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. La clínica y tratamiento de la poliomielitis en la epidemia de 1950. *Acta Pediátrica Española* 1952; 110:113-154.

<sup>42</sup> Alvaro López. *Estado actual del tratamiento de la poliomielitis*. Conferencia pronunciada en la V reunión de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Levante. Colegio Oficial de Médicos de Cuenca 1960.

<sup>43</sup> Vaquero González F. La organización de la Rehabilitación en las secuelas poliomiélicas. *Revista española de Rehabilitación del aparato locomotor* 1963; 3:1-10.

especializadas de valoración y diagnóstico muscular que precisaban de personal conocedor de la misma para su correcta realización. Esto contribuyó a que el médico que tuviera que utilizar estas técnicas, no pudiera hacerlo si no adquiría cierto grado de experiencia en las mismas, favoreciéndose así la especialización en este campo. De otro lado, en España, el creciente número de casos de poliomielitis trajo consigo que fuera necesario organizar una Campaña de Lucha Sanitaria, como respuesta a la demanda social generada. En el seno de la organización desplegada para hacer frente a la enfermedad, los cuidados rehabilitadores tuvieron un papel primordial como veremos posteriormente.

## **7.2. ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA SANITARIA CONTRA LA POLIOMIELITIS**

Durante las décadas de los años 40 a los 60, el mundo se vio afectado por numerosas epidemias que no sólo causaron un importante número de muertos sino que además dejó un mayor número de personas con secuelas motoras tras la enfermedad. Con la llegada de la vacuna, la poliomielitis quedó prácticamente erradicada. A consecuencia de estas epidemias de poliomielitis el Estado español organizó distintas propuestas para hacer más eficaz la lucha contra la enfermedad.

En este capítulo vamos a exponer cuál era la situación de asistencia médica infantil antes de la llegada de la poliomielitis. Después expondremos los cambios que se produjeron en esta situación y de que forma se organizaron los cuidados en esta grave enfermedad. También comentaremos de qué forma el colectivo sanitario se preparó científicamente para afrontar las epidemias de la poliomielitis, ya que hasta entonces solamente existían casos esporádicos y pequeños brotes que no causaron alarma social ni médica. Por último, se exponen los factores sociales y la divulgación en torno al tema de la poliomielitis para disminuir el pánico de la población a la enfermedad.

### ***7.2.1. Organización en la asistencia médica infantil antes de la Lucha Sanitaria***

La existencia en España de numerosas Instituciones que, dependientes de diversos Ministerios y Organizaciones, se ocupaban de la sanidad y asistencia maternal e infantil, denotaban la preocupación de la sociedad española por la madre y el niño. La mortalidad maternal e infantil disminuyó notablemente en los primeros cuarenta años del siglo XX. El Estado aspiraba a reducir al mínimo esta morbilidad y para ello intensificó las obras de asistencia médica, encuadrándolas en el marco de los Servicios de Sanidad Nacional y así evitar independencia entre las Instituciones existentes.



Previo a la Guerra Civil, en la legislación española existía poca protección legal del niño incapacitado (1). De 1927, se tienen referencias de que existía una *Liga de Higiene Mental*, en 1933 apareció un *Decreto* referente a los *locales para niños alienados*, y en 1934 se fundó un *Patronato Nacional de Cultura de los deficientes*.

Tras la Guerra Civil, una de las primeras actuaciones del Gobierno fue aplicar una normativa para la protección infantil y maternal. Así, el 28 de julio de 1941, en el BOE se publicó la **Ley de Sanidad Maternal e Infantil** (2). Merece la pena destacar el artículo segundo porque señalaba que la acción de esta ley alcanzaba a la mujer gestante, a la que lactaba, a la que cuidaba de niños propios o ajenos y al niño desde que nacía hasta la edad de quince años.

Entre los objetivos que se pretendían alcanzar con esta ley tienen especial interés, el estudio de la maternología e higiene prenatal, de la puericultura de la primera y segunda infancia, la higiene y protección de la edad escolar, la asistencia médica del niño enfermo, la vigilancia y el fomento de elaboración y distribución de productos farmacológicos y de alimentos, y por último fomentar la enseñanza, investigación, propaganda y divulgación de la puericultura en el ámbito nacional e internacional.

Conviene destacar que en el artículo noveno, se exponía el plan general de Sanidad Maternal e Infantil que pretendía evitar la multiplicación o deficiencia de servicios en relación con una categoría de necesidades o con un área territorial. Para ello se crearon Centros de Asistencia pediátrica y maternal en todas las poblaciones cabezas de partido, y en las poblaciones mayores de cinco mil habitantes se construirían Centros Maternales y Pediátricos de urgencia. Además existirían dispensarios, hospitales, maternidades, comedores para embarazadas y madres lactantes, centros y servicios de enseñanza, investigación, propaganda y divulgación.

También se crearía la Escuela Nacional de Puericultura con la misión de formar personal competente. El cuerpo técnico de los Servicios de Sanidad

---

<sup>1</sup> Orozco Acuaviva A. Paidorrehabilitación. *Rehabilitación* 1968;2: 451-460.

<sup>2</sup> Ley 12 de Julio de 1941 (Jefatura del Estado). *Sanidad. Maternal e Infantil*. BOE 28 julio 1941.

Infantil y Maternal estaba formado por médicos, matronas y practicantes, instructoras de Sanidad y enfermeras auxiliares. A su vez, dicho cuerpo estaba constituido por tres ramas: puericultura, donde se incluían junto al personal sanitario a los directores de inclusas, la rama de pediatría formada por médicos de hospitales, incluyendo a los cirujanos. Y por último la rama de maternología con maternólogos y tocoginecólogos.

De especial interés es el artículo 22 donde se citaba expresamente el caso de los niños inválidos. Se señalaba que “la recuperación de niños inválidos y deformes, así como de los anormales mentales, se verificará a través de los Dispensarios y Centros de tratamiento *especializados*, coordinados y dependientes de Sanidad, estratégicamente distribuidos por toda la Nación”. Destacamos el hecho de que se aludía ya a un colectivo de niños que no iban a curarse, por lo que iban a necesitar asistencia sanitaria y social toda su vida y se estaban organizando estos cuidados.

De otro lado, en su artículo 33 exponía “que este protectorado sanitario no obstará la atención de la beneficencia cuando se trata de Instituciones predominantemente benéficas”. Se ve claramente como en la ley se distinguían entre los objetivos de la beneficencia y los de los cuidados médicos por personal sanitario.

Merece especial interés comentar el artículo 24, porque se señalaba que todas las Organizaciones, Entidades, Establecimientos, Asociaciones en que existieran actividades colectivas de menores de quince años, excepto las que fueran exclusivamente de índole religiosa, debían estar asesoradas por médicos especializados. Aquí se incluían los colegios, grupos de deportes e internados. Quedaba así protegido sanitariamente un grupo numeroso de la población que hasta entonces no estaba regularizado y que más tarde sufriría especialmente el cruel azote de las epidemias de poliomielitis.

Tenemos que señalar que aunque las epidemias de poliomielitis llegaron en nuestro país en 1949-1950, previamente existían instrucciones legislativas en

torno a la poliomielitis. Las disposiciones sanitarias para organizar la lucha contra la parálisis infantil existentes hasta ese momento eran la Orden ministerial del 4 de agosto de 1947 y el Decreto del 6 de Junio de 1949 sobre el *Patronato de Lucha contra la Invalidez* (3, 4).

En la Orden del 4 de Agosto de 1947 se disponía que se organizaran cuatro centros de lucha contra la poliomielitis en Madrid, Barcelona, Sevilla y Santander. Las funciones de dichos centros eran la hospitalización de enfermos, la enseñanza epidemiológica y clínica para médicos, la organización de los medios de tratamiento, la enseñanza para enfermeras y personal auxiliar y, la divulgación y propaganda de la lucha. Los directores de esta lucha fueron los Jefes provinciales de Sanidad, la parte ejecutiva fue encomendada a los Directores de las Escuelas de Puericultura o en su defecto, a los Jefes provinciales de Higiene Infantil, actuando como auxiliares los Médicos puericultores ayudantes y las Instructuras de Puericultura.

Los programas de enseñanza debían ser sometidos a la aprobación de la Dirección General de Sanidad (DGS). Las Jefaturas Provinciales de Sanidad de todas las provincias, debían remitir en el parte estadístico semanal, la ficha epidemiológica de cada caso declarado de poliomielitis, según el modelo facilitado por la Brigada Epidemiológica Central. También disponía que mientras se organizaban los Centros, el Instituto de Hematología y Hemoterapia fuera el encargado de suministrar el suero de convalecientes.

La poliomielitis, aparte del elevado número de muertos, también causaba un importante número de inválidos consecuencia de las secuelas que originaba la enfermedad. Por esto, tenemos que recordar que en esta época también estaba vigente el decreto del 6 de junio de 1949, en el que se establecía la lucha contra la invalidez, de la que ya hemos hablado extensamente en la primera parte de la tesis, y que por supuesto también protegía a los afectados de poliomielitis.

---

<sup>3</sup> Orden 4 agosto 1947 (M.º Gob., B.O. 14). *Centros de lucha contra la poliomielitis*. 18943.

<sup>4</sup> Decreto 6 Junio 1949 (M.º Gobernación). *Lucha contra la invalidez. Establecimiento*. 908.

Con la vigencia presente de esta ley de Sanidad Maternal e Infantil, y de las Luchas contra la poliomiélitis y la Invalidez, durante el verano de 1950, nuestra nación fue atacada por la poliomiélitis, originándose una “psicosis colectiva, que incluso llegó a los propios médicos” (5). Este hecho motivó que fuera estudiada de manera especial esta epidemia, no sólo porque desde 1929, según Crespo, no habíamos padecido ningún brote epidémico, sino también por el importante número de casos rápidamente mortales y por la aparición de la enfermedad en adultos (5). La epidemia atacó con mayor o menor intensidad a gran número de provincias españolas y en las restantes puede decirse que se registró un aumento relativo en el número de casos habituales para la endemia existentes otros años. Lo cierto es que la máxima intensidad de esta epidemia y el foco inicial de la misma se registró en Madrid (5).

### **7.2.2. Cristalización de la lucha sanitaria contra la poliomiélitis**

Con todo este panorama legislativo de lucha contra la poliomiélitis, irrumpieron en España las epidemias de poliomiélitis. Esta situación activó la respuesta social, y de esta reacción se produjeron actuaciones que influyeron sobre la actividad especializada del personal de Rehabilitación.

El colectivo médico exponía en numerosas ocasiones la psicosis colectiva o estado de alarma que sufría la población frente a la poliomiélitis, y que les conducía a ser víctimas de esta enfermedad, ante la más mínima alteración en la salud de los niños (6). Esta desorientación, inseguridad y pesimismo debían de ser combatidos, según este colectivo, mediante la organización de la lucha contra la poliomiélitis en toda España.

---

<sup>5</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. La clínica y tratamiento de la poliomiélitis en la epidemia de 1950. *Acta Pediátrica Española* 1952; 110: 113-154.

<sup>6</sup> Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomiélitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298.

En abril de 1951, en la III Reunión de Sanitarios Españoles celebrada en Madrid, se dedicó una ponencia oficial a la poliomielitis (6). Los fines de esta ponencia eran: asesorar a la superioridad sobre las nuevas orientaciones que debían seguirse, reclamar la implantación de las medidas sanitarias más urgentes y la exposición de proyectos de reorganización en las distintas secciones de la Sanidad Nacional con el fin de aumentar su eficiencia y rendimiento (6). La conclusión de esta reunión fue la necesidad urgente de la organización de lucha contra la poliomielitis en toda España.

Pero sin embargo según palabras de Aldecoa, todos estos medios eran insuficientes “para dar solución a las múltiples exigencias y facetas que presentaba este problema social de tan vastas dimensiones” (7). Este autor exponía que la necesidad más acuciante era la de “adiestrar” a los médicos generales o rurales, ya que eran los primeros que asistían al poliomielítico y en esta fase inicial de la enfermedad los cuidados eran muy importantes así como la sospecha diagnóstica de la enfermedad.

En esta misma ponencia se exponía la conveniencia de incluir un ortopeda al servicio de las Jefaturas Provinciales de Sanidad para actuar en los Dispensarios de Puericultura e Higiene Escolar. Además, dada la carencia de fisioterapeutas y enfermeras adiestradas, se consideraba que era necesario improvisarlos mediante una preparación rápida.

En cuanto al capítulo de material necesario para el tratamiento de los poliomielíticos, se exponía que eran necesarios aparatos respiradores, equipos de electrodiagnóstico, electroterapia, oxigenoterapia y aspiradores. Y se proponía la creación de un Patronato especial para que se ocupara de las funciones rectoras de lucha, de arbitrar recursos y de dictar disposiciones.

Como respuesta a la demanda social y médica, aparecía la Orden ministerial del 23 de abril de 1951, *Servicio contra Parálisis Infantil*, en la que se daban las bases para hacer más eficaz la lucha contra la poliomielitis y se dictaban

---

<sup>7</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p. 1250.

las oportunas órdenes para la organización de un centro dedicado a este fin (8,9,10).

Mediante esta orden se creaba un Servicio contra la poliomielitis, dependiente directamente de la Dirección General de Sanidad, a cuyo frente se nombraba un médico del Cuerpo de Sanidad Nacional en relación con la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid. Además se facultaba a la DGS para extender este servicio contra la parálisis infantil a otras provincias si lo estimaba necesario. Este Servicio de Madrid, constaba de una parte ambulatoria y otra de hospitalización.

El Servicio ambulatorio estaba integrado por enfermeras, instructoras o puericultoras nombradas por la DGS, y dos médicos pertenecientes al Cuerpo del Hospital del Niño Jesús. La Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid suministraba el Servicio móvil necesario.

El Servicio hospitalario estaba integrado por un Pabellón del Hospital del Niño Jesús con un cirujano ortopédico, un internista, un médico especialista en virus de la Escuela Nacional de Sanidad, y por el número de enfermeras necesario.

Posteriormente se organizó una red de pulmones de acero en todas las provincias y se crearon servicios de hospitalización para adultos y niños (11). Aparecieron nuevos centros de readaptación en Madrid y Barcelona y en determinadas instalaciones como los Sanatorios Marítimos de la Malvarrosa y Pedrosa. En el Sanatorio de la Malvarrosa, en Valencia, en el año 1958 tenían 300 enfermos, de ellos el 22% eran niños, y de estos la mayor parte eran afectados por

---

<sup>8</sup> Orden 23 abril 1951 (M.º Gob., B.O.25). *Servicio contra parálisis infantil*.

<sup>9</sup> Sanz Ibañez J. Epidemiología de la poliomielitis. III Jornadas médicas Aragonesas. Ponencia: *Poliomielitis*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 1958; 5-22.

<sup>10</sup> Noticiario. Creación de los Servicios de poliomielitis y Hemoterapia. *Acta Pediátrica Española* 1951; 102: 90.

<sup>11</sup> Piédrola Gil G, Cortina Greus P. Enterovirus. Concepto. Poliomielitis epidémica. Recuerdo histórico y etiopatogénico. Epidemiología. Medicina preventiva. Vacunación. Lucha contra la poliomielitis. En: Pumarola Busquets A, Piédrola Gil G, González Fuste F, Del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Piédrola Angulo G y cols. *Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad ambiental*. Tomo I. VII Edición Madrid: AMARO. Ediciones, Publicaciones, 1983; 537-552.

la poliomielitis (12). En la siguiente tabla se exponen las fechas de puesta en marcha de otros centros creados.

<b>Centros de cuidados para poliomielíticos</b>	
1947	Madrid, Sevilla, Barcelona y Santander.
1951	Hospital del Niño Jesús, Madrid.
1957	Madrid, Barcelona, Malvarrosa, Pedrosa. Red Nacional de pulmones de acero.
1959	Hospital del Rey, Madrid. Poliomielitis. Centro de poliomielitis aguda.

En Madrid, en 1959 se creaba el *Servicio Nacional de poliomielitis aguda*, habilitándose un pabellón en el antiguo Hospital del Rey y montándose un servicio de 140 camas (13,14). Se impartieron cursillos de preparación de fisioterapeutas por el prof. Martín Lagos, y la primera promoción de fisioterapeutas comenzó a trabajar en este hospital. Contaba con seis pulmones de acero, uno de fabricación francesa y cinco nacionales, una sala para traqueotomía con aspiradores, sala de enyesados, quirófano, piscina tipo tanque y piscina tipo marcha, sala de aparatos de electro y cinesiterapia.

Otros hospitales de Madrid dedicados a los cuidados de los poliomielíticos, fueron el Hospital Asilo de San Rafael, tutelado por Hermanos de San Juan de Dios, la Clínica de la Concepción y el Hospital del Niño Jesús, donde se realizó una brillante labor en pacientes con poliomielitis bulbares (13).

<sup>12</sup> Bataller Salles J. Cómo podemos ayudar a los niños físicamente incapacitados. *Acta Pediátrica Española* 1958; 190: 727-731.

<sup>13</sup> Serrano Díaz E. Organización de la lucha contra la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 13-27.

<sup>14</sup> Torres Gost J, Figueroa Echea D, Salvia Torres D, Oncina Gomis J. Resultados del tratamiento fisioterápico del poliomielítico agudo en el Hospital del Rey, de Madrid. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 51-55.

En el Centro Nacional de Recuperación de Inválidos, dependiente del Ministerio de Educación Nacional, se trataron enfermos de poliomielitis, tanto desde el punto de vista médico como de educación con enseñanza primaria y profesional (13).

Otro centro de interés fue el Instituto de Reeducción de Inválidos, del que ya hemos hablado ampliamente en este trabajo, y que en su tercera etapa estaba dedicado especialmente a la enseñanza profesional de adolescentes y adultos, aunque también realizaba actividad quirúrgica y rehabilitadora. Un volumen importante de los pacientes que acogió durante las décadas de los años cincuenta y sesenta lo constituyeron niños y adolescentes con poliomielitis (15).

Por disposición ministerial se construyó un pabellón en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, dependiente de la Beneficencia General del Estado, para la lucha contra la poliomielitis, dotado con los adelantos más modernos (16).

Dentro de la organización de la lucha contra la poliomielitis la **terapéutica de la reeducación o rehabilitación** adquirió gran importancia (13). Las distintas técnicas del arsenal terapéutico de la Rehabilitación iban a condicionar el establecimiento y organización de los centros de tratamiento especializados de la poliomielitis. Es decir, los cuidados ofrecidos en la fase aguda o crónica de la enfermedad al ser distintos, iban a condicionar la aparición de centros para la fase aguda y otros para la crónica o de secuelas.

Los cuidados rehabilitadores comenzaban ya en el primer momento de la enfermedad, en la fase aguda, cuando se tomaban medidas que evitar las actitudes viciosas y se reducía la incidencia de los trastornos tróficos musculares. Las movilizaciones debían de ser muy suaves y las fomentaciones aliviaban el dolor y los espasmos musculares. Hacia la tercera semana cuando cesaba el periodo doloroso, se comenzaba a usar el baño en bañera con ejercicios pasivo-activos y se acompañaba de la realización de masaje. La piscina caliente tuvo un lugar

---

<sup>15</sup> Palacios Sánchez J. *Historia del C.P.E.E. de Reeducción de Inválidos. Antiguo INRI*. Madrid: Ed. Seamer, 1988.

<sup>16</sup> Anónimo. Nuestras instituciones: el Hospital del Niño Jesús de Madrid. *Acta Pediátrica Española* 1951; 108: sin página.



preponderante en el tratamiento de poliomielitis sobre todo de los casos graves. Además de favorecer la relajación muscular, el agua de la piscina elimina parte del peso del miembro o del tronco haciendo posible ejercicios activos que no podrían hacerse en seco. Al ser instalaciones caras y sólo rentables en centros importantes, adquirió gran auge la reeducación mediante el método Rocher con suspensiones y poleoterapia. La eficacia de este método fue muy parecida a la de la hidrocinestoterapia, por lo que la suspensión por poleoterapia era llamada la *piscina de los pobres*.

Para el tratamiento de la poliomielitis en esta fase aguda, se disponía de centros en Madrid, Barcelona, Santander y Granada, a parte de los mencionados anteriormente en la tabla (17). En el caso de Barcelona existían dos hospitales con atención especializada al poliomielítico, el Hospital Clínico y el Hospital Municipal de Nuestra Señora del Mar (24). Se estableció por todo el territorio nacional una red de pulmones de acero, hasta un total de 120 respiradores en el año 1958, y se planeaba crear equipos respiradores móviles que pudieran desplazarse hasta los lugares más apartados.

En el periodo crónico o de secuelas de la poliomielitis, era importante reeducar la marcha en los casos en los que era posible. Para ello se valían de las ayudas ortopédicas, desde aparatos largos de marcha, hasta andadores, sillones de rueda o coches para inválidos con motores de explosión o eléctricos (13). Como la Rehabilitación y readaptación no se consideraban completas hasta encontrar el paciente un lugar adecuado en el hogar y en la sociedad, era necesario cuidar la educación escolar y reeducación laboral. También se tenía muy en cuenta la necesidad de realizar las modificaciones necesarias en el domicilio del paciente, tales como rampas y escaleras, barandillas, ensanchar las puertas para que pasara el sillón de ruedas, con el fin de que el paciente pudiera integrarse adecuadamente a su vida familiar.

---

<sup>17</sup> Bosch Marín J, Bravo E. Aportación de España a la lucha contra la poliomielitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 445-51.

Para efectuar el tratamiento en la fase crónica se disponía de tres “equipos completos de Rehabilitación” en Madrid, uno instalado en la Clínica de la Concepción, en el Hospital Infantil del Niño Jesús y en el Hospital de la Beneficencia General del Estado.

También se contaba con servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial de Madrid, y con la Clínica del Trabajo de Madrid, dependiente del Instituto Nacional de Previsión (17). Este Instituto Nacional de Previsión, también organizaba en sus instituciones abiertas servicios de Rehabilitación de tipo ambulatorio, así como servicios de recuperación en sus Residencias Sanitarias.

Estos centros tenían la doble misión de rehabilitar a los pacientes y de formar equipos de personal especializado para poner en marcha la totalidad del Plan Nacional por todo el país. Además como ya hemos comentado se enviaba a médicos, enfermeras, fisioterapeutas a distintos países europeos y americanos para aprender las más modernas técnicas de Rehabilitación.

Por fin con la llegada de la vacuna inactivada en 1958, se pudo comenzar a luchar contra la enfermedad con la prevención. Se efectuaron campañas de vacunación de carácter limitado con vacuna inactivada tipo Salk, por la Dirección General de Sanidad, Seguridad Social y Sanidad Municipal (11). Según Arbelo, entre 1963-4, se inició por la Dirección General de Sanidad la primera campaña Nacional de vacunación (18). Se utilizó la vacuna atenuada tipo Sabin por vía oral, en todos los niños de dos meses a siete años de edad, vacunándose el 95% del grupo seleccionado. Los resultados fueron muy demostrativos, pues de los 1.954 casos declarados de poliomielitis de 1963, se pasó a 195 casos en 1964.

A partir de 1965, la vacuna de la poliomielitis se asoció con las campañas de vacunación con la vacuna triple (antidiftérica, antitetánica, antitosferina). A consecuencia de estas campañas se redujo mucho la morbilidad y mortalidad en los grupos de riesgo de los países desarrollados. Pero todavía hoy, no se ha conseguido la erradicación mundial de la enfermedad y es necesario seguir con los

---

<sup>18</sup> Arbelo Curbelo A. Poliomielitis. En: Arbelo Curbelo A. *Pediatría Preventiva Antiinfecciosa en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “La Paz”. Clínica Infantil, 1966; 135-147.

programas de vacunación continuada de la población infantil, especialmente en los países en vías de desarrollo como vimos en el capítulo anterior.

### **7.2.3. Actividades científicas del personal especializado**

Las epidemias de poliomielitis pusieron en marcha una serie de actividades científicas para aumentar el nivel de conocimientos en torno a los cuidados de la enfermedad. Esta investigación era llevada a cabo por personal especializado, y esto ayudó a fortalecer un campo de conocimiento definido y cada vez más delimitado que finalmente ayudará a la oficialidad de la especialidad de Rehabilitación. De este modo, la poliomielitis dio lugar a que se celebraran numerosos congresos, simposium, reuniones y cursos en torno a este tema y sus distintos aspectos. En el caso de la Rehabilitación de la poliomielitis como veremos más adelante surgieron numerosos progresos que se plasmaron en la celebración de varias reuniones científicas.

En este sentido, hay que destacar que en el VII Congreso Nacional de Pediatría, celebrado en 1949 en Sevilla, la segunda ponencia oficial se dedicó a la “*poliomielitis infantil. Clínica y tratamiento*”. A dicha ponencia se presentaron numerosas comunicaciones, entre la que destacó la de Colomo de la Villa por su claridad y precisión en la elaboración del tema, y que comentaremos posteriormente (19,20).

En 1950, la DGS acordaba dar un premio a la mejor revisión sobre la clínica y el tratamiento de la epidemia que se presentó en el verano de 1950 en diferentes provincias de España, ganándolo el magnífico trabajo de Crespo Santillana, Elordi y Falcón que comentaremos en repetidas ocasiones a lo largo de este trabajo (5). En dicha investigación ya se destacaba que estaba aumentando el número de casos de la enfermedad en los adultos, el número de formas clínicas bulbares que se caracterizaban por tener mal pronóstico.

En este mismo año, la revista *Acta Pediátrica Española* decidía ante el creciente número de casos, dar mayor difusión al tema y solicitar a médicos

<sup>19</sup> Libro de Actas y Actos del VII Congreso Nacional de Pediatría. Sevilla 1949, tomo I, p. 896.

<sup>20</sup> Colomo de la Villa. Observaciones personales sobre poliomielitis anterior aguda en los últimos tres años. *Acta Pediátrica Española* 1950; 93: 1017-1032.

expertos en la poliomielitis su opinión ante el aumento de la enfermedad. De este modo, se exponía en la revista que “con motivo de los casos presentados últimamente en nuestro país, hemos creído de interés pulsar la opinión de unos cuantos pediatras y puericultores españoles en esta materia, que sucesivamente iremos dando a conocer a nuestros lectores” (21). Es interesante destacar que los médicos aludían que todavía era demasiado pronto para dar estadísticas. No obstante, añadían que ya se habían dado 400 casos en Madrid por lo que sí se podía hablar de brote epidémico.

Desde la administración se negaba la existencia de tal epidemia en Madrid, y los médicos argumentaban que quizás era con fines tranquilizadores de buena política, pero para ellos ya se consideraba por el elevado número de casos un brote epidémico. Ante el creciente número de afectados se comenzaron a organizar en España, diversos cursos y ponencias sobre la poliomielitis que pretendían formar al médico general, pediatras, neurólogos, cirujanos ortopédicos y rehabilitadores, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos respecto a una enfermedad que estaba amenazando a gran parte de la población del país (22).

En este sentido hay que insistir en la celebración de un *curso monográfico de poliomielitis para médicos*, durante los meses de noviembre y diciembre de 1950, en la Clínica de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid (23). El curso constaba de 34 lecciones teóricas y 12 demostraciones prácticas. En la parte teórica se desarrollaron aspectos de etiopatogenia, anatomía patológica, epidemiología y estadística, complicaciones y pronóstico, diagnóstico, diagnóstico y diagnóstico diferencial, y por último el tratamiento. Dentro del tratamiento se expuso la inmunización, el método Kenny, medidas ortopédicas inmediatas, terapia física y aspectos quirúrgicos. Llamamos la atención sobre el hecho de que la mayor parte de los contenidos terapéuticos que se abordaron eran de carácter rehabilitador.

---

<sup>21</sup> Encuesta sobre poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1950; 94: 177.

<sup>22</sup> Torres Gost J. *Curso de poliomielitis y tétanos*. Instituto de Fisiología y Patologías Regionales de Tenerife. Tenerife 1960.

<sup>23</sup> Noticiario. *Acta Pediátrica Española* 1950; 94: 180.

Dentro del colectivo de médicos rehabilitadores, en 1954, se celebraba en Madrid el primer congreso de la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional*, y uno de los temas de las ponencias fue la “Recuperación funcional de las parálisis poliomielíticas” a cargo de Barnosell (24).

En el año 1957, se celebraba en Barcelona el II congreso de la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional* y las “Escoliosis poliomielíticas” constituyeron uno de los temas que se expusieron, también a cargo de Barnosell (24).

Dado que las epidemias de poliomielitis estaban afectando a prácticamente todos los países, en el ámbito internacional, existía una *Asociación Europea Contra La Poliomielitis*. Esta era una organización que agrupaba a 25 países europeos, con el fin de intercambiar conocimientos sobre el tema, en España era Bosch Marín el coordinador. Periódicamente cada dos años se reunían en un Symposium internacional, el primero fue en 1950 en Amsterdam y en 1958, se celebró el V Symposium en Madrid.

Este V Symposium reunió a los profesionales más destacados en torno al tema, tanto españoles como extranjeros. Las temas de las ponencias que se trataron en Madrid fueron sobre la vacunación e inmunidad, la afectación respiratoria crónica, aspectos neurofisiológicos y neuropatológicos, la colaboración internacional en la lucha contra la enfermedad y por último, la prevención de deformidades y rehabilitación. Como vemos en estos momentos los temas más candentes en torno a la polio eran los relacionados con la vacunación, y con la afectación respiratoria, que ya hemos dicho antes que iba aumentando el número de casos bulbares. Los aspectos relacionados con la Rehabilitación estaban despertando gran interés, porque tras el periodo agudo de la enfermedad, si el paciente no moría sin embargo si iba a verse afectado muy frecuentemente por las secuelas ortopédicas de la infección. Por este motivo, el mayor volumen de

---

<sup>24</sup> Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.

comunicaciones españolas fue en este último apartado sobre los aspectos rehabilitadores en la enfermedad.

Como ya hemos visto a lo largo de la exposición de este trabajo, la Rehabilitación estaba surgiendo en el colectivo de médicos españoles y la poliomielitis supuso un nuevo impulso en este avance. Esta enfermedad estaba originando un gran volumen de afectados, además la sociedad demandaba cuidados, la Administración organizaba luchas sanitarias y como consecuencia de esto, el número de médicos dedicados al cuidado de estos enfermos aumentaba.

La idiosincrasia de la enfermedad originaba un elevado número de secuelas ortopédicas que precisaban personal médico especializado. Los cirujanos ortopédicos las abordaban desde la vía quirúrgica, pero la mayor parte no eran operables o requerían tratamiento rehabilitador antes y después de la intervención. Esto propició que se generara una gran demanda de médicos con conocimientos de reeducación funcional para intentar mejorar o paliar las parálisis o paresias motoras, así como evitar las terribles deformidades ortopédicas que frecuentemente invalidaban más paciente que las propias parálisis.

El médico que tenía estos conocimientos, era un profesional que justo en esta época estaba disgregándose del colectivo de traumatólogos fundamentalmente. Era un médico que estaba adquiriendo unos conocimientos especializados, creando unas bases doctrinales y unos contenidos específicos, y estaba reclamando el reconocimiento legal de su especialidad. Junto a estos médicos especializados, también se estaba viendo la necesidad de formar un personal técnico especializado en las técnicas terapéuticas de la Rehabilitación, nos referimos a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Como muestra del interés que despertaba la poliomielitis, tanto entre los médicos españoles como en los organismos oficiales, el Ministerio de Gobernación, mediante la Dirección General de Sanidad, publicaba un libro con todas las comunicaciones presentadas en español en este *V Symposium*

*Internacional sobre poliomielitis*, y al final del libro en un apéndice se presentaba el programa general del congreso (25).

Las conclusiones emitidas al finalizar el V Symposium Internacional sobre la poliomielitis versaron fundamentalmente sobre la vacuna. De un lado, expresaban que no se podía emitir una opinión definitiva sobre la eficacia de la vacuna con virus muertos a pesar de haber sido utilizada en millones de personas en Europa. No obstante, señalaban que se había reducido de forma considerable el número de casos nuevos coincidiendo con la vacunación. Por otra parte, se estaba comenzando a tomar en consideración la inmunización con vacunas preparadas con virus atenuados pero todavía estaban en fases muy iniciales, y se aconsejaban nuevos estudios. Entre las conclusiones del Symposium, también se destacaba la extraordinaria aportación española de trabajos en torno al tema de la Rehabilitación de la poliomielitis, lo que desde nuestro punto de vista reflejaba el importante desarrollo que estaba adquiriendo.

Otro aspecto importante que pone de relieve hasta que punto la poliomielitis dinamizó el desarrollo de un grupo de profesionales dedicados a la Rehabilitación, fue el importante volumen de cursos que se organizaron en torno al tema. En 1958, se celebraba en el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, un curso sobre *Rehabilitación funcional de la poliomielitis*, dirigido a médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y con una duración de dos meses. Fue dirigido por Esteve de Miguel que era el jefe del Servicio de Recuperación Funcional, y contaba también con la participación de “fisioterapeutas” y terapeutas ocupacionales (26).

En esta misma línea en 1958, se organizaba un *Curso de estudios de especialización en Medicina Física*, donde se incluían varios capítulos a cerca de los procesos invalidantes en los niños tanto de causa ortopédica, muscular, psicológica como neurológica, dedicando cuatro capítulos al estudio de la

---

<sup>25</sup> Introducción. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 5-9.

poliomiélitis y la Medicina Física (27). En 1960, durante la celebración en Oviedo del III Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación se expuso también otra interesante ponencia sobre *Fisiopatología clínica de las alteraciones osteotróficas poliomiélicas*.

Vemos como la enfermedad y sus secuelas atraía la atención e interés del colectivo de médicos rehabilitadores, favoreciendo cada vez más que su actividad fuera más especializada y más conocida por el resto de profesionales médicos.

También se desarrollaron cursos para postgraduados, como los Monográficos de patología del aparato locomotor (28). Se realizaban en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, dirigidos por el Prof. Bosch Olives. Durante los días 22 al 27 de Abril de 1962, se celebró el XV Curso de Cirugía del aparato Locomotor, dedicado a la Cirugía Ortopédica en la poliomiélitis, y desde el 14 de Noviembre al 5 de Diciembre del mismo año, se impartió otro curso sobre "Indicaciones y Técnicas de Terapéutica Física".

Como otra muestra más del interés del colectivo médico y administrativo sobre esta enfermedad infecciosa, en la Escuela Nacional de Sanidad, se organizó un Centro de Investigaciones sobre poliomiélitis en colaboración con la OMS (17). Además, este centro enviaba sus técnicos y especialistas a perfeccionar sus conocimientos a los países más adelantados en la materia, para luego hacer llegar la asistencia sanitaria y todos los medios técnicos a todos los estratos del ámbito nacional.

---

<sup>26</sup> Noticiario. Curso de Rehabilitación funcional de la poliomiélitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; II:57-77.

<sup>27</sup> Noticiario. Estudios de especialización en Medicina Física. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; II:57-77.

<sup>28</sup> Noticiario. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 91.



#### **7.2.4. Divulgación y educación pública sobre poliomielitis**

La poliomielitis, por tanto, se estaba revelando como un proceso morboso que preocupaba no sólo a los médicos y al Estado, sino también al resto de la sociedad. Como muestra de este interés, citamos el testimonio de López y Silva que manifestaban

“La poliomielitis es una enfermedad que constituye una preocupación no sólo desde el punto de vista médico, sino también en el aspecto social por el gran incremento y difusión que está alcanzando sobre todo en la Europa latina” (29).

Este interés “social” que despertaba la poliomielitis, quedaba claramente definido en el trabajo del Profesor Robert Debré, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de París, en la III conferencia Internacional sobre poliomielitis, en 1954. Debré exponía que era necesario realizar campañas adecuadas de divulgación y educación pública sobre la poliomielitis para no preocupar de forma injustificada a la población (30). Consideraba que en dichas campañas se debían insistir sobre unos determinados contenidos

#### **Divulgación y educación pública sobre poliomielitis**

1. Insistir en que el número de casos registrados anualmente es muy reducido
2. Conocimientos respecto de las medidas más urgentes a tomar en caso de amenaza de poliomielitis
3. Necesidad de un diagnóstico precoz
4. Mostrar objetividad en la información sobre las investigaciones de la poliomielitis.
5. Insistir en la existencia de una organización estatal creada para combatir la enfermedad.

<sup>29</sup> López Quiles J, Silva Azaustre J. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Española*; I: 56.

<sup>30</sup> Citado en Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 984-1026.

Se insistía mucho por parte del colectivo médico sobre la importancia de la divulgación a la población de los datos epidemiológicos de la enfermedad, para así evitar o disminuir el pánico y las supersticiones (31).

También insistía en que las médicos debían hacer campañas divulgativas, para que las madres y profesores llevaran al niño enseguida al niño a la consulta cuando tuvieran diarrea o fiebres, aunque les pareciera anodina (32). De esta forma se podían aislar los casos sospechosos precozmente, evitando nuevos contagios y además, era en esta fase cuando se podía usar gammaglobulina y evitarse en algunos casos la invasión del virus al Sistema Nervioso Central. Insistiendo en la necesidad de llevar precozmente al niño al médico se conseguía un doble objetivo. De un lado se favorecía la realización de un diagnóstico precoz, y de otro permitía poner en marcha los engranajes sanitarios para los cuidados del poliomielítico que comentaremos más adelante.

Junto a esta necesidad de realizar campañas de divulgación, Debré consideraba que la poliomielitis influía sobre otros factores sociales. El paciente necesitaba ayuda económica para hacer frente a la enfermedad, y era la comunidad quien debía proporcionársela. En primer lugar que prioritaria una adecuada preparación de personal médico, por lo que se aconsejaba realizar períodos de formación continuada en centros especializados extranjeros. También planteaba la necesidad de una adecuada distribución de los centros especializados en el ámbito nacional, tanto para la fase aguda y crónica del tratamiento de la enfermedad, y así pudieran tener fácil acceso todos los ciudadanos. Otro factor era la obligación de la sociedad de volver a proporcionar un puesto de trabajo tras la enfermedad, y a menudo era necesaria una educación profesional para conseguir un empleo.

El colectivo sanitario y administrativo realizaba campañas de información a la población respecto a la polio en un afán de restar dramatismo, pero a la vez permitir un diagnóstico más precoz al llevar la madre al niño rápidamente a la

---

<sup>31</sup> Ruíz Marín JA. Algunas notas prácticas sobre un brote epidémicos de polio. *Acta Pediátrica Española* 1952; 120:1032-36.

<sup>32</sup> Arriaga V. Síntesis de recientes conocimientos sobre poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1955; 145: 1-12.

consulta tras la aparición de los primeros síntomas. Ya en el año 1952, se publicaba por un médico un libro de divulgación sobre la poliomielitis (33). En él de forma muy clara y amena se exponía los síntomas de la enfermedad, su tratamiento y su prevención, en forma de preguntas y respuestas.

Otra muestra por la preocupación del colectivo médico respecto a tener informada a la población sobre la enfermedad, fue la charla para Radio Nacional de España, que dio en 1957, Bosch-Marín, jefe de los Servicios Centrales de Higiene Infantil de los DGS. Frente a la pregunta del locutor de cómo era el problema de la poliomielitis en España respondía lo siguiente:

“En España, como en todas las naciones, se nota una tendencia a aumentar el número de casos de poliomielitis; sin embargo, ordinariamente no pasan de 1000 al año, proporción baja para treinta millones de habitantes, afortunadamente. Va a comenzar en breve, en nuestro país, la vacunación contra la poliomielitis, aunque con la cautela que se viene observando en esta práctica en las demás naciones europeas. Para el tratamiento de enfermos agudos contamos con varios centros oficiales, con numerosos respiradores artificiales o pulmones de acero, repartidos por todo el país, alguno de los cuales ha sido utilizado repetidamente” (34).

En esta afirmación vemos información muy esperanzadora, ya que exponía datos conocidos pero no alarmantes para la población general, a la par que acercaba a la práctica clínica el uso de una vacuna que tardó seis años en utilizarse en España. En la siguiente figura vemos un cartel que emitió la Dirección General de Sanidad a propósito de la campaña de lucha contra la poliomielitis.

---

<sup>33</sup> Ferrandiz VL. Parálisis Infantil. Poliomielitis, causas y profilaxis. Barcelona;: Salud y Vida, 1952.

<sup>34</sup> Bosch-Marín. *Progresos sanitarios en 1956*. Charla para Radio Nacional de España en su emisión para América. *Acta Pediátrica Española* 1957; 169: 51-53.



# INTENSIFIQUEMOS LA LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS

Llamada comúnmente PARALISIS INFANTIL (aunque también puede atacar a los adultos)



## LUCHEMOS CONTRA LA INVALIDEZ INFANTIL

LOS SINTOMAS iniciales  
de la POLIOMIELITIS son  
POCO CARACTERISTICOS.

Si su niño enferma, aun  
con apariencia benigna,  
LLAME SIEMPRE AL MEDICO,  
sobre todo en tiempo de epidemia.



SECCION DE PROPAGANDA  
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

Modelo de cartel aprobado por la Dirección General de Sanidad

palla.jpg

Este modelo de cartel aprobado por la Dirección General de Sanidad, se difundió ampliamente por toda la península en un intento de conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad, y de este modo poder disminuir en la medida de lo posible las discapacidades o invalideces secundarias a la infección.

### **7.2.5. Asistencia sanitaria en la poliomielitis: los cuidados médicos**

“El mejor tratamiento que tiene la poliomielitis es el invierno” (35).

La poliomielitis era una enfermedad que ocasionaba múltiples complicaciones en toda la economía del organismo. En este trabajo vamos a estudiar fundamentalmente los problemas que implicaban una actuación el equipo de rehabilitación, es decir los derivados del aparato locomotor y respiratorio. Pero no debemos de olvidar que también existía severas complicaciones de tipo cardiovascular, urológicas y digestivas, además de las consideraciones psicológicas (36).

Según Aldecoa, el 80% de los poliomielíticos podían evitar situaciones de invalidez cuando se instauraba un tratamiento precoz adecuado (37). Para ello era necesario en primer lugar realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad, ya que gran parte de los recursos de que se disponía cifraban su efectividad en su rápida aplicación, unido a la mejoría espontánea que ocurría en los primeros días de la enfermedad. Por otro lado, era imposible predecir la utilidad de cualquier medida terapéutica, ya que existía una falta de relación entre la gravedad de los primeros síntomas y el grado o extensión de las ulteriores parálisis (38).

Los esfuerzos terapéuticos en la poliomielitis se dirigieron en dos sentidos: tratamiento profiláctico y tratamiento curativo. El tratamiento preventivo incluía las normas profilácticas generales de todas las enfermedades infecciosas y, las específicas o individuales de la poliomielitis. También se llevaba a cabo inmunización pasiva mediante gammaglobulinas y suero humano, y se utilizaron las vacunas. La inmunización activa tuvo especial importancia en esta enfermedad

<sup>35</sup> Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1253.

<sup>36</sup> Rusk HA. Rehabilitación del poliomielítico. En: Rusk HA. *Medicina de Rehabilitación*. 2ª edición México: Editorial Interamericana SA, 1966; 440-56.

<sup>37</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p.1246-1298.

<sup>38</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. La clínica y tratamiento de la poliomielitis en la epidemia de 1950. *Acta Pediátrica Española* 1952; 110: 113-154.

ya que constituye el único tratamiento de la poliomielitis, y disminuyó el número de casos hasta su erradicación en España.

Con relación al tratamiento curativo, hay que decir en primer lugar que el término no era el más adecuado ya que no se solventaba la enfermedad. Realmente en los primeros días de la enfermedad, en la *fase pre-parálisis*, los cuidados que se proporcionaban eran paliativos y preventivos. Posteriormente, una vez instaurada la parálisis muscular, *fase post-parálisis*, se intentaba conseguir el máximo rendimiento e las capacidades funcionales que le restaban a los músculos afectados, y aumentarlas en la medida de lo posible en los músculos sanos. Y en la última y más larga etapa de la enfermedad, la fase de secuelas, había que tratar éstas y su evolución a lo largo de los años.

En la siguiente tabla se expone esquemáticamente cómo se concebía el tratamiento en esta época epidémica de polio en España. Además, se dictaron normas sobre la alimentación más adecuada y se ensayaron tratamientos biológicos y quimioterápicos durante el periodo pre-parálisis.

<b>Tratamiento de la poliomielitis</b>			
PROFILACTICO	CURATIVO		SECUELAS
	<i>Pre-parálisis</i>	<i>Post-parálisis</i>	
Profilaxis general			Cirugía
Profilaxis individual			Reeducación muscular
Inmunización activa	Sueroterapia	Medidas generales	Aparatos ortopédicos
Inmunización pasiva	Insulina piramidón	Analgésicos Antiespasmódicos Tratamiento postural Reeducación Masajes Electroterapia	

Desde la perspectiva rehabilitadora, los cuidados ofrecidos a estos pacientes, serían lo que en el esquema anterior del tratamiento se ha denominado tratamiento curativo post-parálisis y tratamiento no quirúrgico de las secuelas, reeducación muscular y aparatos ortopédicos. En la bibliografía consultada, ortopédica y rehabilitadora fundamentalmente, a estos cuidados rehabilitadores se les llamaba específicamente *Rehabilitación de los poliomielíticos*.

Sin embargo, tenemos que adelantar que la mayor parte de los autores rehabilitadores y ortopedas no utilizaban la nomenclatura del esquema anterior sobre el tratamiento. Estos médicos especializados proponían dividir el tratamiento rehabilitador de la poliomielitis en tres etapas atendiendo a las tres fases clínicas de la enfermedad (39). Una *fase aguda* de alrededor de quince días de duración. Una *fase subaguda o de recuperación motora* y la última, *fase crónica* que estaba referida a la fase de secuelas paralíticas permanentes. De este modo será cómo se expondrán los cuidados desde el punto de vista rehabilitador, en el capítulo siguiente.

A continuación, vamos a exponer dentro del primer esquema citado de tratamiento, aquellos cuidados que corresponden a la parte médica de la enfermedad, nos referimos a los contenidos de medicina interna, neurología o pediatría de la enfermedad, para comentar posteriormente en el capítulo siguiente la parte rehabilitadora y quirúrgica del tratamiento. Haremos especial énfasis en aquellos aspectos terapéuticos que se consolidaron y desarrollaron a raíz de la necesidad de aplicar cuidados específicos a estos pacientes, como el caso de los respiradores o la hidroterapia y aquellos que surgieron con esta enfermedad, como es el caso de los fomentos de la Hermana Kenny o de la vacuna.

En la *fase de tratamiento profiláctico*, la *profilaxis general* estaba basada en los conocimientos epidemiológicos de la polio y su objetivo era evitar la diseminación del virus (38). Las medidas que se tomaban eran las habituales de las enfermedades infecciosas con relación al aislamiento del paciente, protección

---

<sup>39</sup> Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.

de los alimentos y el agua, y la declaración obligatoria de todos los casos. Destacamos entre las medidas dirigidas a disminuir el contacto entre los niños, la prohibición de aglomeraciones infantiles, sobre todo reuniones deportivas y de competición, que pudieran ocasionar esfuerzos físicos intensos. También se consideraba que era necesario cerrar los parques infantiles y piscinas, y respecto a las escuelas, el cierre dependía de si se conseguía evitar o no el contacto entre los niños fuera de las mismas. Sin embargo, se consideraba que no estaban justificadas las medidas encaminadas a minimizar la diseminación de la infección por gotitas de saliva, tales como el cierre de espectáculos públicos y aglomeraciones en locales cerrados.

Por parte del colectivo médico se intentaba disminuir el miedo y el terror que generaba la enfermedad y se aconsejaba un estricto control de las noticias difundidas para evitar que hubiera interpretaciones erróneas. Crespo Santillana, Elordi y Falcón apuntaban que era necesario un

“Control riguroso de la Prensa, con el fin de evitar la propagación de noticias alarmantes, (...) que conduzcan a errores interpretativos de la realidad, por parte de las masas, y a la consiguiente creación de una psicosis colectiva de pánico” (40).

En cuanto a las recomendaciones sobre *profilaxis individual*, se desprendían de los conocimientos epidemiológicos del momento. Se hacían las indicaciones siguientes (38). En primer lugar, se aconsejaba que en la época de epidemia se debía procurar evitar las intervenciones en la cavidad orofaríngea, especialmente las amigdalectomías, ya que como hemos visto se consideraban factores predisponentes de la enfermedad. Se debían extremar los cuidados alimenticios y los higiénicos, en especial de manos y uñas, y para evitar los trastornos gastrointestinales, aunque no se aconsejaba la utilización de desinfectantes de la cavidad nasofaríngea. También Se recomendaba que se retrasasen las vacunaciones profilácticas hasta pasada la epidemia. También proponían evitar los juegos y ejercicios violentos, así como los baños fríos, porque también se consideraban factores que predisponían a la enfermedad.

---

<sup>40</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. Op. Cit., p.133.



En cuanto a la *inmunización activa*, las vacunas existentes hasta el año 1950, no eran efectivas. Fue en el año 1953, cuando Salk puso a punto la vacuna de virus muertos, y por fin en 1962, Sabin descubrió la vacuna de virus atenuados consiguiendo la disminución drástica del número de casos. Más adelante hablaremos con mayor detalle de estas vacunas.

En el ámbito de la *inmunización pasiva*, el suero de convalecientes se usó durante un tiempo, pero tropezaba con el obstáculo del gran remanente de suero que se necesitaba, porque para proteger a un individuo de la infección poliomielítica se debía de inyectar a mil personas, que era el índice de morbilidad de las epidemias (38). También se aconsejaban las transfusiones sanguíneas (6). Consideraban que la eficacia de la inmunización pasiva era mayor cuanto más precozmente se iniciara el tratamiento, y se decía que podía proporcionar hasta el cien por cien de curaciones aplicado el primer día de la enfermedad y, sólo un cuarenta por ciento en el tercer día. En el momento de escribirse el trabajo aludido anteriormente, era un tema a debate con defensores y detractores muy ardientes.

La globulina gamma, tenía la ventaja frente al suero de contener una concentración de anticuerpos de diez a veinticinco veces mayor que en el suero, por lo que se necesitaba una menor cantidad de volumen. Además no ofrecía peligro alguno, pues se podía inyectar incluso en los últimos días del período de incubación y no originaba un agravamiento de la enfermedad. Por otro lado, tampoco interfería con la inmunización posterior por contagios ulteriores a la inyección de globulina gamma, pero tenía del inconveniente de proteger durante un máximo de diez semanas, y durante este tiempo se impedía las infecciones leves inmunizantes (41, 42).

Para esta fase aguda también se emitían recomendaciones respecto a la alimentación y el tratamiento quimioterápico. Se aconsejaba que la alimentación debía ser líquida o semisólida, rica en vitaminas y minerales, y equilibrada en sus principios inmediatos (5). Se debían administrar si era preciso laxantes suaves o

---

<sup>41</sup> Bismarck Lucero. La vacunación contra la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 157: 59-66.

<sup>42</sup> Vigil Lorenzo R. La vacunación contra la enfermedad de Heine-Medin. *Acta Pediátrica Española* 1956; 157: 28-44.

enemas. Hemos encontrado datos bastante curiosos con relación al papel de la alimentación en la poliomielitis (6). A continuación exponemos algunos de ellos. Se aconsejaba como medida profiláctica el consumo de carne vacuna, leche. Durante la fase aguda se aconsejaba la deshidratación, mientras que también se aconsejaba por otros autores tomar abundantes zumos de frutas y caldos con sales abundantes.

También se ensayaron innumerables medicamentos, pero ninguno de ellos tuvo eficacia. A título de ejemplo destacamos el empleo de las sales de calcio y oro, el piramidón, el curare o el ácido pícrico y alumbre (6).

Ya hemos visto anteriormente cómo dividían las fases del tratamiento curativo en, una primera fase anterior a la aparición de la parálisis muscular o pre-parálisis y una segunda fase o post-parálisis en la que se realizaba el tratamiento de las parálisis una vez establecidas (38).

En la fase del *tratamiento curativo pre-parálisis* se intentaron utilizar gran variedad de sustancias farmacológicas con la idea de prevenir la aparición de las terribles parálisis. Sin embargo en esta época no prosperaron este tipo de remedios.

En primer lugar era clásico la utilización de suero de convalecientes como ya hemos expuesto anteriormente. La utilización de transfusiones de sangre completa de convalecientes o del líquido cefalorraquídeo, se dejó de emplear a principios de la década de los cincuenta al demostrarse su ineficacia y sus riesgos (38). En la epidemia del año 1951, se comenzó a usar piramidón a altas dosis por su efecto antiedematoso sobre el sistema nervioso y analgésico. También se empleaban grandes dosis de insulina, con el objeto de producir un shock hipoglucémico que actuaría como antiedematoso cerebral, por la reacción vasodilatadora y abundante secreción de sudor a la que da lugar (38). Sin embargo todas estas medidas se fueron abandonando después.

Todos estos cuidados profilácticos aportados durante buena parte de la década de los cincuenta, tuvieron escasos resultados hasta la llegada de la vacuna. Con la vacuna disminuyó drásticamente el número de casos. Sin embargo hasta su descubrimiento e incluso después, en los casos en los que aparecía la enfermedad,

se consideraba que el mayor “éxito” terapéutico se obtenía, si se conseguían evitar las deformidades ortopédicas tras el establecimiento de las parálisis musculares. En este sentido el tratamiento postural, la reeducación, los masajes y la electroterapia tuvieron un gran interés en esta enfermedad. Estas técnicas terapéuticas estaban incardinadas en los cuidados rehabilitadores que desarrollaremos en el capítulo siguiente.

\*\*\*\*\*

En este capítulo, hemos visto cómo el creciente aumento de casos en las epidemias de poliomielitis en España durante la década de los años cincuenta y principios de los sesenta, condicionó la gestación y desarrollo de campañas de lucha sanitaria contra la enfermedad. Estas originaron la organización de una nueva asistencia sanitaria en el ámbito estatal, creándose nuevos centros de tratamiento. Además, originó la necesidad de formar personal especializado en los cuidados de estos pacientes, poniéndose en marcha investigaciones en torno a los remedios contra la enfermedad. Uno de los campos que más avanzó en este sentido, favorecido por estas epidemias de poliomielitis, fue la Rehabilitación. La poliomielitis trajo en el campo de Rehabilitación una continua investigación en nuevas alternativas terapéuticas contra el dolor, la prevención de deformidades articulares, el fortalecimiento muscular y aparatos ortopédicos, entre otros.

En el siguiente capítulo se expondrá de manera detallada de qué forma se organizaron los centros para el cuidado de los poliomielíticos y qué tratamiento se les aplicaron. Ya adelantamos que algunos fueron totalmente novedosos y surgieron a raíz de esta enfermedad utilizándose hasta hoy en día, otros se potenciaron y consolidaron por su uso en la poliomielitis, mientras que otros brotaron con la necesidad de investigar sobre nuevos tratamientos y luego desaparecieron al probar su ineficacia.

### 7.3. ASISTENCIA SANITARIA A LOS ENFERMOS CON POLIOMIELITIS: LOS CUIDADOS REHABILITADORES

Este capítulo consideramos que es muy importante dentro de la investigación realizada en torno al tema de la polio. Las epidemias de poliomielitis supusieron una demanda de cuidados asistenciales en el ámbito rehabilitador. A consecuencia de esto, aparecieron nuevas técnicas terapéuticas rehabilitadoras como el caso de los fomentos.

De otro lado, para prescribir y aplicar estas técnicas se necesitaba un personal especializado como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y técnicos ortésicos, que se tuvieron que formar sobre estas materias. También, pensamos tiene mucho interés conocer los cuidados rehabilitadores de la poliomielitis, porque era una enfermedad que por la gran variedad de problemas del aparato locomotor que podía ocasionar, era considerada por algunos autores como “una enfermedad escuela para todos los problemas que planteaba la Rehabilitación en general” (1). El tratamiento de estos múltiples problemas constituiría la base para el tratamiento de otras patologías reumatológicas, neurológicas, ortopédicas o de otra etiología, y que cursaran con trastornos del sistema musculoesquelético.

En primer lugar, vamos a exponer cómo estaban organizados los llamados “servicios o unidades de poliomielitis”, de qué departamentos constaban, qué actividades realizaban y quienes formaban el personal que trabajaba en ellos. Después mostraremos el tratamiento en cada una de las fases de la enfermedad, desde el punto de vista de Rehabilitación. Señalaremos qué técnicas aparecieron a consecuencia de la poliomielitis, cuáles todavía perviven hoy, y cuáles se utilizaron esporádicamente en el periodo estudiado.

---

<sup>1</sup> Olaizola Sarria B. Tratamiento de los trastornos respiratorios en los enfermos paralíticos. En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 280.

### 7.3.1. Organización en la asistencia sanitaria

La necesidad de hospitalización de los enfermos poliomielíticos era una medida obligatoria para la mayor parte del colectivo médico, aunque algunos pensaban que era mejor no mover al paciente de su casa durante la etapa aguda de la enfermedad (2). En Norteamérica, se estimaba que el paciente debía continuar en casa bajo los cuidados del médico de cabecera en los casos sospechosos de polio aguda y en casos seleccionados, en los que aparecían ligeras atrofias, pero sin peligro para la vida.

Los motivos que se argumentaban para la realización del tratamiento en el domicilio eran los descritos a continuación (2). Se consideraba que así se evitaba al paciente la fatiga, excitación y ansiedad que llevaba consigo el ingreso en el sanatorio, y que podía aumentar la gravedad y extensión de la paresia. El tratamiento domiciliario podía evitar el trastorno emocional a la familia que suponía el ingreso del niño en un hospital, alejado de la familia y muy frecuentemente, del domicilio. Y por último, con esta actuación se reservaban las camas para los casos graves porque de un 20 a un 30% de los ingresados resultaba no tener poliomielitis.

Pero a pesar de este tratamiento ambulatorio que dio resultados muy efectivos en Norteamérica, en España no prosperó esta asistencia domiciliaria, sino que fueron surgiendo los “servicios o unidades de poliomielíticos”, en el seno de centros hospitalarios. Pensamos que esto pudo ser, en parte, a consecuencia de la deficitaria asistencia domiciliaria coordinada en este ámbito. En la lucha contra la parálisis infantil de 1947 y de 1951, se organizaron fundamentalmente centros hospitalarios, desoyendo las peticiones de los médicos. Estos exponían que la necesidad más acuciante era “adiestrar” a los médicos generales o rurales, ya que eran los primeros que asistían al poliomielítico, y en esta fase inicial de la enfermedad los cuidados y la sospecha diagnóstica eran muy importantes (3).

Para la OMS, la *Organización en la asistencia sanitaria* dentro del ámbito rehabilitador era también muy importante. Muestra de ello fue la organización de una

---

<sup>2</sup> Serrano Díaz E. Organización de la lucha contra la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Española* 1961; VI: 13-27.

estancia becada de quince días para personal encargado de la administración de este tipo de centros para niños (4). En el caso de España, la Dirección General de Sanidad (DGS), designó a Enrique Bravo que posteriormente elaboró una memoria de dicha estancia, de la cual hemos extraído abundante información en torno a este tema. La estancia fue en un hospital infantil “Ramón Poincaré”, situado en Garches, en el que existía desde 1945 un servicio de reeducación de niños poliomielíticos, y que desde 1949 tenía el carácter de Centro Nacional de Rehabilitación.

Los temas que se estudiaron en dicha estancia reflejaban el interés por conocer la dinámica de estos centros, con el objetivo de una posterior adaptación a nuestro país. Las principales cuestiones estudiadas fueron: el servicio de reeducación funcional, la enseñanza de los niños en edad preescolar, escolar y adolescencia, la ergoterapia y problemas profesionales, y la hospitalización. También fueron objeto de interés los juegos y recreos del niño, la asistencia social, la familia como piedra angular de la reeducación de los niños, las revisiones tras el alta y, la gestión administrativa y financiera de un Centro de Rehabilitación. A continuación vamos a exponer algunas de las cuestiones que a juicio de Enrique Bravo, eran esenciales en los centros de reeducación de niños poliomielíticos.

En primer lugar, consideraba que la Rehabilitación no era una técnica, “sino un conjunto de métodos que permite reducir al mínimo las alteraciones de toda clase que sufren los enfermos motores y facilitar su integración o reintegración a la vida social” (5), para ello era necesario la intervención de los profesionales sanitarios, la familia y el resto de la sociedad.

El Centro para enfermos con poliomielitis, se proponía que debía estar situado en un terreno amplio, mejor fuera de las capitales pero en sus proximidades para no separar ni aislar la vida de los enfermos de su medio habitual, rodeado de jardines y con una buena orientación de aire y sol (2). Debía ser a la vez dispensario y sanatorio con capacidad de internamiento. En el dispensario, se realizaba la

---

<sup>3</sup> Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298.

<sup>4</sup> Bravo E. *Cuestiones médicas y sociales que plantea la organización de un Centro de Rehabilitación de niños afectados de enfermedad motriz*. Madrid: Servicios de Protección Maternal e Infantil, Dirección General de Sanidad, 1958.

profilaxis y servía de guía y orientación a todos los poliomielíticos que podían ser tratados ambulatoriamente evitando así el costo de la hospitalización. Vemos como se insistía en las ventajas del tratamiento domiciliario sobre el hospitalario en casos seleccionados. El Centro debía de tener desde sala de hospitalización hasta centro de ergoterapia. En la tabla siguiente se enumeran las salas de las que se debía disponer.

### **Centro de poliomielitis: departamentos**

1. Sala de consultas.
2. Salas de internado u hospitalización.
3. Sala de aislamiento.
4. Servicio de pulmones de acero y traqueotomías.
5. Laboratorio y anatomía patológica.
6. Hidroterapia.
7. Departamento de electroterapia.
8. Salas de Quinesiterapia
9. Servicio de Ortopedia.
10. Centro de ergoterapia o readaptación
11. Enseñanza y juegos.
12. Servicio Social.

Como vemos la estructura que se aconsejaba era similar a la comentada en el capítulo sobre departamentos de reeducación funcional, y además debía de contar específicamente con una sección de enseñanza y juegos, y un servicio de pulmones de acero que estudiaremos con mayor detalle. Las *salas de hospitalización* debían de tener alrededor de 50 metros cuadrados con seis o siete camas, con un servicio sanitario en cada una y un servicio de baño cada 20 camas (4). La sala de aislamiento se usaba para casos de duda diagnóstica y para los hospitalizados que pudieran contraer alguna enfermedad infecto-contagiosa.

---

<sup>5</sup> Bravo E. Op. Cit., p.15.

El servicio de *Rehabilitación* constaba de piscinas pequeñas, tipo tanque de Hubbard, con gran cabida, de marcha o combinadas en la sala de Hidroterapia. La hidroterapia, como veremos más adelante con mayor detalle, fue una técnica terapéutica muy utilizada por los poliomielíticos durante prácticamente todas las fases de la enfermedad. El “departamento de *electroterapia y electrodiagnóstico*” debía de contar con equipo de rayos X fijo y portátil, electromiógrafo, radioterapia, corrientes galvanofarádicas, ultrasonidos, infrarrojos, diatermia, cámara de Bier, etc.

En la “sala de *Quinesiterapia*”, existía un gimnasio colectivo de alrededor de sesenta metros cuadrados, y una sala de reeducación para la movilización individual de los enfermos. La sala de gimnasia disponía de material sencillo como barras paralelas, mesas de masaje, poleas, escaleras de ejercicio entre otros, pero ampliamente utilizados en la reeducación muscular y funcional de la marcha en el poliomielítico. También era necesario otro tipo de material auxiliar para el cuidado de estos enfermos como camas posturales, aparatos de oxígeno terapia, micrófonos de garganta, juegos de rodillos para columna, rodilla y pie, arcos de cama, tableros para ésta, dispositivos de separación de brazos y piernas, férulas de metal ligero, etc. (2).

El “servicio de *Ortopedia*” contaba con salas de operaciones, sala de enyesado, sala para prótesis y taller de aparatos ortopédicos. La cirugía como veremos más adelante, experimentó un importante avance con las intervenciones quirúrgicas realizadas a los poliomielíticos, fundamentalmente artrodesis y trasplantes tendinosos.

La *Ergoterapia o terapia ocupacional*, era considerada como una segunda fase de la reeducación y en el caso de la poliomielitis debía realizarse simultáneamente a la quinesiterapia (4).

En el caso de niños poliomielíticos, no debemos olvidar que la *enseñanza escolar* en todas las edades era considerada una obligación moral de los Centros de Rehabilitación. Se realizaba en horarios coordinados con los de la reeducación funcional, y en los niños mayores se realizaba simultáneamente ergoterapia y



orientación profesional (6). Los juegos eran considerados parte de la enseñanza y esencial en su recuperación. Fueron surgiendo lo que algunos autores llamaron Dispensario-Escuela, porque coordinaban los tratamientos de Rehabilitación con la enseñanza, ya que la educación escolar básica era esencial a estas edades (7).

Todavía en 1963, algunos autores exponían que en nuestro país eran escasos los Centros hospitalarios en los que se atendían estos aspectos de la educación, distracción y estimulación mental de los niños (8). El programa de educación del niño debía de ser el propio de su edad y estaba coordinado con las horas de tratamiento rehabilitador. En el niño inválido además se debían de fomentar las relaciones con la familia, con los otros compañeros y con la sociedad, realizando actividades sociales fuera del hospital siempre que fuera posible.

En el ámbito de las actividades del *Servicio Social*, eran consideradas insustituibles, ya que debían apreciar los factores sociales y afectivos que entraban en juego en el caso de cada inválido.

En el caso del niño, la aplicación y prescripción de estas técnicas también precisaba de un personal especializado, tanto médicos como técnicos. El **personal necesario** para la organización de estos centros era por tanto bastante numeroso. Los americanos fueron los pioneros en considerar a la poliomielitis como un “todo”, y para conseguir el objetivo final de reintegrar al enfermo a la sociedad lo más funcional posible, actuaban integrados todos los especialistas (9). Este equipo estaba formado por un médico-director, pediatras, médicos de laboratorio, de servicios electroterápicos, equipo quirúrgico con anestesista y reanimador, fisioterapeutas, ergoterapeutas, orientadores profesionales, enfermeras, maestros, asistentes sociales, mecánico ortopeda, jefe de taller y personal administrativo (2,4). Como vemos

<sup>6</sup> Giménez V. Poliomielitis y escuela. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 81-86.

<sup>7</sup> Ballester Hoys A. Revisión del concepto de Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1965; X: 57-61.

<sup>8</sup> Esteve de Miguel. Educación de los niños hospitalizados e inválidos. En: Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.

<sup>9</sup> Barnosell F. La poliomielitis en los EEUU de América. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 63-85.

todavía no se mencionaba la figura de un médico específicamente dedicado a la Rehabilitación, en la memoria de Enrique Bravo se hablaba de reeducadores, posiblemente refiriéndose a la figura del futuro médico rehabilitador. Era imprescindible que este equipo celebrara reuniones periódicas para valorar la evolución de los pacientes y el momento adecuado del alta.

Otro aspecto destacable y adelantado en este ámbito era la figura de la enfermera de Rehabilitación. En Estados Unidos se adiestró a la enfermera en unos cuidados específicos para estos pacientes con incapacidad y se la denominó enfermera de Rehabilitación (10). En el caso del niño poliomielítico, sus funciones eran valorar la capacidad potencial del niño en determinadas actividades y adiestrarle para que las realizara. Determinadas actividades en la cama como el volteo, sentarse, ponerse los aparatos ortopédicos y trasladarse a la silla de ruedas, la higiene, la micción y la defecación, así como las actividades del vestirse y desvestirse, debían de ser enseñadas por la enfermera si el paciente no era capaz de realizarlas independientemente. Sin embargo, esta situación contrasta con la de España por un doble motivo. De un lado, no hemos encontrado referencias de que el profesional que se realizaba este trabajo recibiera un nombre específico, y por otra parte, estas actividades eran realizadas tanto por la enfermera como por el ergoterapeuta.

En la memoria de Enrique Bravo, de forma señalada y muy adelantada para su tiempo, se exponía la necesidad de efectuar Rehabilitación a domicilio para estos niños, mediante la enseñanza de los padres y familiares, y se establecía que cada seis meses el niño debía tener una revisión en la consulta externa (4).

Según la literatura española de esta época, en otros países europeos la organización en los centros de poliomielitis era similar. Por ejemplo en el Symposium Internacional de poliomielitis de Bolonia, en 1956, se comentaba el caso de una clínica de Zurich (11). El paciente llegaba a la misma entre las tres y seis semanas del comienzo de la enfermedad. El director del Centro era un pediatra

---

<sup>10</sup> Rusk H. Problemas de Rehabilitación de los niños. En: Rusk H. *Medicina de Rehabilitación* .2ª edición México: Editorial Interamericana, 1966; 589-599.

<sup>11</sup> Rossi. Citado en Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 984-1026.

preparado en fisioterapia. El personal estaba formado por un fisioterapeuta por cada doce poliomielíticos y una hermana diplomada por cada cuatro niños, dos maestros y una cuidadora de niños, un psiquiatra y el ortopedista. El equipo debía de constar de una gran piscina para permitir a los niños marchar, una piscina pequeña, una piscina en hoja de trébol y baños especiales. Por otro lado debía tener una gran sala de gimnasia, con sala de electroterapia, una escuela y jardín de infancia. Como vemos la estructura y la organización era muy parecida a la anteriormente propuesta.

Ya hemos comentado previamente que con la aparición de las epidemias de poliomielitis, se pusieron en marcha distintos centros para el tratamiento de la enfermedad, tanto en su fase aguda como en la crónica. En estos centros se desarrollaron también nuevas técnicas de tratamiento que precisaban aparataje e instalaciones especializadas. Del análisis de las referencias bibliográficas encontradas, se deduce que el tratamiento efectuado en los pacientes con poliomielitis era prácticamente similar en los centros de la geografía española: Madrid, Sevilla, Barcelona, Malvarrosa (Valencia), Oviedo, Santander, Oza (La Coruña).

A continuación vamos a describir y comentar el tratamiento en las distintas fases de la enfermedad, aguda, de recuperación motora y de secuelas. Después vamos a hablar de los pulmones de acero, desarrollados y difundidos con relación a esta enfermedad. También comentaremos algunas estadísticas encontradas sobre los resultados obtenidos tras el tratamiento rehabilitador. Y por último, comentaremos algunos aspectos psicológicos del niño poliomielítico, dada la especial importancia que se le concedió en el seno del tratamiento rehabilitador.

### ***7.3.2. Cuidados rehabilitadores en la fase aguda***

Antes de la aparición de la vacuna, en la poliomielitis, los cuidados pertenecientes a la cuarta fase de la Medicina, es decir los rehabilitadores, constituían el principal abordaje terapéutico de la enfermedad. Porque como decía Trueta,

“En el momento de redactar estas líneas no existe todavía ninguna droga ni se conocen ningún antibiótico que tenga efecto probado sobre el virus de la poliomielitis una vez ha entrado en el huésped humano” (12).

Al no existir ningún tratamiento específico de la enfermedad, la prevención de futuras complicaciones constituía la principal arma terapéutica. Abundando en este sentido, Trueta afirmaba que

“Como no existe todavía ningún medio terapéutico específico para combatir la infección una vez que se ha desarrollado la enfermedad clínica, el tratamiento es principalmente paliativo y dirigido a la prevención y vigilancia de las complicaciones” (13).

La mayor parte de las técnicas utilizadas en esta fase del tratamiento se pueden englobar dentro del campo de la Rehabilitación y Medicina Física. El “primer ensayo global de Medicina Física en la poliomielitis” lo hizo Wickman, en Suecia, después de la epidemia de 1890 en la que recomendaba baños calientes, masajes y movimientos activos y pasivos (9).

En esta etapa en la que ya se han manifestado las terribles parálisis musculares, los cuidados que se iban a aplicar se podían dividir en cuatro apartados siguiendo a Crespo (14):

1. Medidas encaminadas a procurar el bienestar general del paciente.
2. Medidas encaminadas a combatir el dolor, la hiperestesia y el espasmo.
3. Medidas encaminadas a la prevención de deformidades y rehabilitación de los músculos.
4. Tratamiento de la poliomielitis bulbar y de los trastornos respiratorios. Este apartado se va a exponer a parte, al final del capítulo, ya que se realizaron importantes avances en este campo.

Como ya hemos comentado previamente, algunos autores proponían dividir el tratamiento rehabilitador de la poliomielitis en tres etapas atendiendo a las tres fases

---

<sup>12</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomielitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957, p.57.

<sup>13</sup> Trueta J, Wilson K, Agerholm M. Op. Cit., p.65.

clínicas de la enfermedad, y dejando a parte el tratamiento de los problemas respiratorios (15). Una fase aguda de alrededor de quince días de duración. Una fase subaguda o de recuperación motora. La última fase o crónica estaba referida a la fase de secuelas paralíticas permanentes.

La finalidad del tratamiento rehabilitador en esta fase aguda era

“Ayudar al paciente a que alcance la mayor recuperación funcional. Para ello se ha de conseguir que las unidades motoras no destruidas recobren su función y utilizar del mejor modo posible la capacidad motora residual, obteniendo cuando convengan las suplencias funcionales necesarias” (16)

En esta fase de la enfermedad se tenía perfectamente asumido que

“La parálisis de un músculo, secuela dejada por la poliomielitis, no puede impedirse. No existe ninguna droga, suero, producto químicos, ningún tratamiento ni forma de medicación que pueda impedir la parálisis de un enfermo de poliomielitis. No puede detenerse por cuanto es el resultado de la lesión del nervio. Pero sus efectos pueden reducirse a un *minimum*; las deformidades pueden ser evitadas con el tratamiento apropiado y su aplicación precoz en el curso de la enfermedad” (17).

Se debían de comenzar las medidas de tratamiento físico y ortopédico para evitar las contracturas y deformidades y conseguir que la recuperación motora posterior se hiciera en las mejores condiciones. La eficacia de las técnicas rehabilitadoras se fundamentaba en su inicio precoz y en el establecimiento de cuidados minuciosos durante el periodo agudo de la enfermedad (18).

Ya en 1905, Wickman recomendaba la utilización de baños de agua caliente, masajes, movimientos activos y pasivos de los músculos (19). En 1906, Lovett, figura clave en la poliomielitis, en Estados Unidos estableció las bases para el

<sup>14</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. La clínica y tratamiento de la poliomielitis en la epidemia de 1950. *Acta Pediátrica Española* 1952; 110:113-154.

<sup>15</sup> Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: Ed. JIMS, 1963.

<sup>16</sup> Esteve de Miguel R. Otal A. Op. Cit., p.474.

<sup>17</sup> Berg R. La lucha contra la poliomielitis. Buenos Aires: Nova, 1949, p. 171.

<sup>18</sup> González Más R. Rehabilitación del poliomielítico. En: González Más R *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 29 p.

<sup>19</sup> Berg R. La lucha contra la poliomielitis. Buenos Aires: Nova, 1949.

tratamiento moderno de la enfermedad: cambios frecuentes de posición y la utilización de baños calientes para realizar además movimientos dentro del agua (19). Además Lovett ideó un sistema de valoración funcional muscular, que se creó para poder ver la evolución de los enfermos con polio y que ha llegado hasta nuestros días.

En la tabla siguiente se exponen las pautas de tratamiento que se debían realizar en esta fase aguda de la enfermedad.

<b>Tratamiento en la FASE AGUDA de la poliomielitis</b>	
1.	alivio del dolor: -posiciones antiálgicas. -calor húmedo -fármacos
2.	tratamiento postural: -posición de segmentos afectados -edema postural -úlceras por decúbito
3.	movilizaciones pasivas.

Los objetivos del tratamiento en esta fase eran: aliviar el dolor, colocar los músculos y articulaciones en la posición más funcional y conservar la movilidad articular y longitud de los músculos (18).

#### **Alivio del dolor:**

Se debía colocar al paciente en una posición antiálgica para disminuir el espasmo muscular y además realizan cambios en la posición, los llamados actualmente cambios posturales. También se usaban analgésicos tipo aspirina y piramidón. La excitación se combatía con sedantes nerviosos tipo Luminal o

meprobamato. Se aconsejaba evitar la administración de inyecciones intramusculares y subcutáneas.

A menudo se empleaban fármacos vasodilatadores como la prostigmina por vía subcutánea, durante la fase aguda, o el bromuro de prostigmina por vía oral, hasta “lograr la curación total o hasta el final del primer año” (20). El priscol, vasodilatador de arteriolas y pequeñas arterias, conseguía hacer desaparecer muy rápidamente el dolor, pero que podía provocar náuseas y vómitos por lo que estaba contraindicado en las formas bulbares de la infección por el riesgo de provocar aspiraciones (14). También se usaron procaina, curare y myonesin con idénticos fines (14).

El dolor y la hiperestesia se atribuían al aumento de la tensión del líquido cefalorraquídeo, que originaba compresión medular e irritación de las neuronas no destruidas por la neurofagia. Por este motivo, se aconsejaba la práctica diaria de punciones lumbares descompresoras, evacuando el líquido hasta que dejaba de salir a presión, consiguiendo así una mejoría de la cefalalgia (14).

Se consideraba que para disminuir el dolor se podían utilizar todos los métodos que provocaban vasodilatación, ya que los productos de degeneración celular retenidos eran los responsables del dolor, y la vasodilatación favorecería la eliminación acelerada de tales productos (14). Esta vasodilatación se podía provocar mediante la utilización de fomentaciones calientes y fármacos vasodilatadores.

Los **fomentos** se utilizaron por primera vez en las epidemias de poliomielitis, y fue la hermana Kenny su inventora. La llegada en los años cuarenta de este método de la Hermana Elizabeth Kenny, supuso un cambio radical en el tratamiento de la poliomielitis (33). Desarrolló su tratamiento diario con calor local para el dolor y el espasmo, seguido de ejercicios pasivos y de reeducación. Su uso fue muy difundido por todo el mundo, porque tenía gran eficacia en el alivio del dolor (21). Elisabeth

---

<sup>20</sup> Crespo Santillana, Elordi, Falcón. Op. Cit., p.138.

<sup>21</sup> Paul JR. A history of poliomyelitis. London: Yale University Press, 1971.

Kenny fue un personaje muy importante en el tratamiento de la poliomielitis. En 1911 vio a su primer paciente y ante la imposibilidad de realizar un tratamiento etiológico de la enfermedad, intentó aliviarle los síntomas (19). Para ello primero probó con sal caliente y seca, después con cataplasmas de semilla de lino, pero no consiguió aliviar el dolor hasta que utilizó un trozo de lana empapada en agua caliente y posteriormente estrujada (22). La vemos explorando a una niña en la figura siguiente.



El tratamiento de la Hermana Kenny comenzó a extenderse por todo el mundo ya que realizó una amplia campaña de enseñanza a médicos, enfermeras y fisioterapeutas, incluso permaneció algunos años en Estados Unidos. Sin embargo su concepto de la enfermedad era muy peculiar, para ella la afectación era de los músculos y la piel y rara vez se veía comprometida la célula nerviosa. Además según ella, tras su tratamiento no quedaba ningún paciente con secuelas que necesitara el auxilio de tutores, aparatos ortopédicos o muletas. Esto no era cierto, pero no queda duda de que fue insustituible la ayuda que aportó la Hermana Kenny a estos pacientes.

<sup>22</sup> Sopelana Rodríguez JJ. Poliomielitis. Formas clínicas. Tratamiento fisioterápico y ortopédico. En: *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Paz, 1975; 441-462.



Su tratamiento fue ampliamente utilizado en todo el mundo, y todavía hoy se usa la misma técnica en la preparación y utilización de los fomentos (23). La pauta para realizarlos era la descrita en la tabla siguiente.

### **Método de la realización de los fomentos calientes**

1. Trozo de bayeta o manta introducidos en agua caliente y exprimidos.
2. Colocación sobre la zona a tratar durante 10 minutos hasta 1 hora.
3. Encima se aplica un hule o tela impermeable.
4. Por encima se coloca una manta o muletón secos para conservar el calor.

Los fomentos se renovaban cada hora y en los casos graves cada diez minutos, descansando durante la noche. Se procuraba dejar libres las articulaciones en la medida de lo posible. Estas fomentaciones se mantenían durante todo el estadio agudo de la enfermedad, es decir, mientras el paciente acusase dolores o presentase espasmos musculares. Con este procedimiento se conseguía una vasodilatación durante un máximo de dos o tres horas (14). El uso de fomentos calientes requería un buen surtido de envolturas, su aplicación con una técnica correcta y dos enfermeras, por lo menos al lado del enfermo.

Estos fomentos también se usaban en las parálisis de los músculos respiratorios aplicándolos sobre el tórax y cambiándolos muy frecuentemente (15).

### **Tratamiento postural**

El reposo se consideraba esencial porque aliviaba los dolores y la hipersensibilidad muscular, constituyendo para algunos autores el único tratamiento posible, de este modo "Reposo absoluto y comodidad del paciente es la fórmula de

<sup>23</sup> Basford JR. Physical agents. En: Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998; 483-503.

Stimson” (24). Pero este reposo en cama originaba úlceras por decúbito y deformidades osteoarticulares muy severas, si no se realizaba un adecuado tratamiento postural. Por este motivo la posición del paciente en la cama debía de ser la adecuada. Este tratamiento postural se dirigía a colocar en una posición adecuada los segmentos afectados, evitar o al menos disminuir el edema postural e igualmente disminuir la aparición de úlceras por decúbito.

En esta fase aguda de la enfermedad, era imprescindible la necesidad de guardar reposo absoluto desde el primer momento, evitando todo movimiento innecesario y manipulando al paciente con la “máxima dulzura” (14). Por este motivo, ante la menor sospecha de poliomielitis se aconsejaba colocar al enfermo en el máximo reposo posible, físico y psíquico. Chance, citado por Aldecoa, recomendaba en la etapa aguda, que el paciente debía estar en decúbito supino, en posición “neutra” durante diez días con almohadillas, sacos de arena y cuñas para los pies (25). Sólo se le hacían movimientos pasivos de todas las articulaciones, sin masaje, ni corrientes eléctricas, ni ejercicios activos.

Como muestra de los conocimientos tan avanzados que tenían en esta época sobre el tratamiento postural durante el encamamiento, exponemos las instrucciones que al respecto daba Sanchís Olmos. Este autor, citado por Aldecoa, aconsejaba que el reposo debía hacerse sobre cama dura, en actitud fisiológica del cuerpo y con las plantas de los pies sostenidas (26).

Había que evitar las mantas que cubrían al enfermo gravitaran sobre él, especialmente sobre los pies, pues su peso producía dolores y contracturas. Se debía molestar al paciente lo indispensable en cada reconocimiento, y para proteger de la deformidad se aconsejaba colocar a los músculos en relajación, con sus inserciones lo más próximas posibles entre sí. Esta necesidad de máximo reposo en el tratamiento de la poliomielitis, colocaba al médico en el dilema de renunciar a la hospitalización del paciente durante el proceso febril, o decidirse por su traslado con

<sup>24</sup> Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 988.

<sup>25</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p. 1249.

<sup>26</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p.1255.

todos sus riesgos. En las Conferencias Internacionales de poliomielitis de Bruselas y París, prevaleció el criterio de hospitalizar al paciente (3).

También se aconsejaba que la cama debía tener debajo un tablero de madera, para evitar las deformidades originadas por el reposo sobre una base blanda. Los músculos debían ser colocados en una posición fisiológica de descanso, para ello se colocaban las rodillas en ligera semiflexión mediante la colocación de un rodillo de lana bajo el hueco poplíteo o bien con una férula de yeso que mantuviera esta posición (14). Actualmente, se trata de evitar esto por todos los medios, porque una rodilla en flexo es menos funcional que una rodilla rígida en extensión. Los tobillos se debían de mantener en ángulo recto y sin rotaciones de cadera.

Si el músculo deltoides se encontraba afectado se colocaba en reposo en posición de abducción mediante férulas en aeroplano o un cabestrillo suspendido del techo, para que el brazo estuviera en ángulo recto con el cuerpo (14). El codo se colocaba en una flexión funcional de 110°, el antebrazo en pronosupinación neutra, la muñeca en flexión dorsal y el pulgar en oposición.

En el caso del tronco, se colocaba una almohada en la zona lumbar para mantener la lordosis fisiológica. Si comenzaba a aparecer una actitud escoliótica se colocaban saquitos de arena y almohadas para conseguir la posición correcta.

Frecuentemente aparecía edema postural en los miembros paralizados, por la inmovilidad y la posición declive. Para prevenir este edema se aconsejaban posiciones de drenaje venoso y la aplicación de masajes suaves centrípetos cuando aparecía el edema.

La piel requería ser cuidada especialmente, ya que los enfermos poliomielíticos sudaban profusamente, incrementándose además la producción de sudor por la aplicación de los fomentos calientes. Por esto, se aconsejaba diariamente friccionar la piel con alcohol y cambiar muy a menudo la ropa del paciente y de la cama (14).

Las úlceras por decúbito eran muy frecuentes en pacientes con parálisis severas y extensas (14). Se podían evitar utilizando un colchón de espuma de goma, evitando el peso de la ropa de la cama sobre el paciente, friccionando sobre las áreas

de presión de modo regular tres veces al día con alcohol de 90° para curtir la piel, y fundamentalmente con los cambios frecuentes de posición.

### **Movilizaciones pasivas**

A consecuencia de la inmovilización en cama podían aparecer restricción en la movilidad articular y acortamientos musculares. La finalidad de las movilizaciones pasivas era conservar la movilidad articular y longitud de los músculos durante esta fase, para que no limitaran posteriormente el tratamiento en la fase de recuperación.

El tratamiento de la poliomielitis pasó por distintas etapas, en el inicio había un escepticismo total ante el pronóstico, por aferrarse a la irreversibilidad de las lesiones. Después se pasó por una etapa en la que se aconsejaba la inmovilización con férulas y escayolas para impedir la aparición de deformidades. Posteriormente, con la llegada de las innovadoras ideas de Miss Kenny con la movilización precoz, cambió la orientación terapéutica (27). Se empezó a considerar que “En la poliomielitis no hay síntomas sin importancia, la pequeña deformidad con el tiempo si se descuida se agrava y produce otras” (28). Por este motivo, se aconsejaba que en la primera fase de la enfermedad era fundamental mantener la amplitud de los movimientos articulares y la longitud de los músculos, porque fácilmente podían acortarse debido fundamentalmente a la parálisis. Se debían de realizar movilizaciones muy suaves dos veces al día, llevando varias veces cada articulación a los extremos del movimiento si era posible y siempre cumpliendo la regla de no provocar dolor.

También se aconsejaba la realización de estiramientos de músculos tensos y dolorosos (10). Esta técnica debía de realizarse por personal especializado porque si no provocaba dolor y ansiedad. Con los estiramientos se conseguía aumentar el arco de movimiento de las articulaciones, devolver al paciente cierta noción de los músculos afectados y además se aliviaba el estiramiento excesivo de los músculos débiles antagonizados por grupos musculares potentes.

---

<sup>27</sup> López Quiles J, Silva Azaustre J. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica*; I: 55-66.

En esta fase aguda hemos visto como el tratamiento debía ir encaminado a la prevención de deformidades, porque si se producían podían invalidar los resultados que pudieran conseguirse posteriormente (10). En la fase de recuperación motora, como vamos a ver, se intentaba conseguir la máxima recuperación de los músculos afectados parcialmente y conseguido esto entrenar las actividades esenciales de la vida.

### ***7.3.3. Cuidados rehabilitadores en la fase de recuperación motora***

Tras la fase aguda de la enfermedad, el paciente quedaba con parálisis y debilidad en determinados músculos, pero esta situación habitualmente no era definitiva y podía recuperar progresivamente la fuerza muscular. El periodo durante el cual se consideraba que se podía ganar fuerza muscular se denominaba fase de recuperación motora, y en él se trataban las parálisis residuales que presentaba el paciente (15).

La fase de internamiento en el área de infecciosos solía durar alrededor de tres semanas, que venía a coincidir aproximadamente con la duración de la fase aguda de la poliomielitis. Después, el paciente salía de esta sala y comenzaba la recuperación motora y “al empezar esta fase el paciente pasaba a depender de modo directo del equipo de rehabilitación” (29). En este momento se realizaba una valoración detallada del estado del sistema locomotor: balance muscular, movilidad de las articulaciones y defectos funcionales existentes.

“El paciente debía de pasar a un Hospital Ortopédico o a un Centro de Rehabilitación, que constituirían un estímulo para su Rehabilitación, por el contacto con casos similares en diversas fases de recuperación, un ambiente más optimista que el de las salas de aislamiento y por la importancia fundamental que se concede al movimiento y a la reintegración a las actividades ordinarias” (30).

---

<sup>28</sup> López Quiles J, Silva Azaustre J. Op. Cit., p.64.

<sup>29</sup> Esteve de Miguel R. Op. Cit., p.480.

<sup>30</sup> Esteve de Miguel R. Op. Cit., p.481.

El tratamiento durante esta fase de recuperación motora, se dividía en dos períodos, el primero de recuperación muscular individual o de grupos musculares. En este periodo se intentaba restablecer el funcionamiento de las unidades motoras indemnes, con el objetivo de ganar fuerza muscular. En el segundo período o de reeducación funcional, se le enseñaban al paciente las actividades del aparato locomotor necesarias para la vida cotidiana, de acuerdo con la fuerza muscular que tuviera y con las ayudas técnicas necesarias. La mayor parte de las veces estos dos períodos se imbricaban en el tiempo, realizándose simultáneamente. Tenemos que destacar la extraordinaria sistematización del tratamiento en esta época, que concuerda plenamente con las técnicas terapéuticas que utilizaríamos actualmente en la misma enfermedad (31). En la siguiente tabla se encuentra expuesto el esquema de tratamiento durante esta fase.

<b>Fase de recuperación motora</b>	
1.	<i>periodo de recuperación muscular:</i>
	-limitación de la movilidad pasiva
	-ejercicio muscular
	-hidroterapia
	-electroterapia
2.	<i>periodo de reeducación funcional:</i>
	-desarrollar potencia muscular
	-entrenamiento de las actividades funcionales
	-postura del tronco
	-reeducación de la marcha
	-Actividades Esenciales Diarias

Como ya hemos visto, el tratamiento del paciente poliomielítico debía de comenzarse en el momento del diagnóstico. En los primeros días de la enfermedad, el paciente realizaba reposo sobre cama dura, en actitud fisiológica y con las plantas de los pies extendidas para evitar las deformidades articulares y acortamientos musculares. En segundo lugar, como método analgésico se debía aplicar calor de

<sup>31</sup> Auriach A. Rééducation dans le traitement de la poliomyélite. *Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie*, 4.3.09,26 450 A-10.

forma frecuente, repetida y continua, a ser posible en forma de fomentos, a los que se les había extraído la mayor parte del agua. En tercer lugar, era necesario realizar en todas las articulaciones movilización pasiva sin producir dolor y en cuarto lugar, proceder a la movilización activa, procurando la colaboración consciente, voluntaria y atenta del enfermo.

La recuperación posterior del enfermo podía ser favorecida por el empleo de otros medios auxiliares como el masaje, juegos y trabajos adaptados, gimnasia dentro del agua, la estimulación eléctrica y los ejercicios. Podemos sintetizar el tratamiento diciendo que consistía en la reeducación muscular y la profilaxis o corrección precoz de toda tendencia a la contractura de un miembro o segmento del mismo (32).

### 7.3.3.1. Recuperación muscular

Como ya hemos comentado, la valoración funcional de los músculos se desarrolló con esta enfermedad, ya que la fuerza muscular podía variar incluso de un día para otro. Por esto, en esta fase se aconsejaba realizar balances musculares periódicamente, semanal o quincenalmente, durante las primeras semanas de la enfermedad y luego de forma mensual y bimensual (15). El motivo era que durante las primeras semanas la posibilidad de cambio y mejora en la fuerza muscular era mucho mayor que en etapas más tardías tras la fase aguda de la enfermedad.

Tenemos que destacar que en las primeras epidemias importantes de poliomielitis en EEUU, se trataba a los pacientes durante semanas y meses pasada la fase aguda de la enfermedad, con férulas de yeso y plástico en los músculos de extremidades y tronco afectados (33). Tras estos largos periodos de reposo se intentaba restablecer la ambulación a menudo con la ayuda de ortesis, muletas, andadores y sillas de ruedas, pero muy frecuentemente esto ya no era posible. Se habían establecido deformidades articulares y acortamientos musculares que hacían muy difícil y a menudo imposible, conseguir la deambulación aunque fuera con ayudas.

<sup>32</sup> Morales JL. Poliomielitis. Estudio epidemiológico, profilaxis y tratamiento. *Acta Pediátrica Española* 1950; 94: 1141-59.

<sup>33</sup> Delisa JA, Currie DM, Martin GM. Rehabilitation medicine: past, present and future. Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998; 26.

De igual modo, en Inglaterra también se usaba el tratamiento ortopédico mediante yesos y cabestrillos, al principio de la enfermedad para inmovilizar al miembro afectado con la esperanza de salvar de esta manera los músculos (19). Se pensaba que así se impediría la retracción o deformidad muscular, pero el músculo al ser un tejido vivo, sufría los efectos derivados de la inmovilidad. Por esto, tras la retirada de los yesos se veía que la musculatura estaba atrofiada y “marchita” con lo que la invalidez estaba asegurada, ya que la independencia funcional iba a estar muy dificultada.

En Argentina, desarrollaron otra peculiar teoría para el tratamiento en esta etapa de la enfermedad (34). Se inmovilizaba al paciente durante los tres primeros meses como mínimo con unos aparatos ortopédicos adaptados a cada segmento corporal. Se le retiraban durante treinta minutos al día para practicarles un masaje superficial, subcutáneo y profundo y circulatorio, con la teoría de que el masaje al mejorar la circulación sanguínea, secundariamente mejoraba y fortalecía la musculatura. Pasados siete meses desde el inicio de la enfermedad, se comenzaba la cinesiterapia activa y el masaje reeducativo de médula espinal y ósea. Los mismos precursores del tratamiento reconocían que era un tratamiento muy lento, ya que al año comenzaban a caminar y a los dos años podían andar autónomamente. También destacaban que los afectados no debían usar bastón porque se creaba hábito y no se podía retirar después. No tenemos noticias de que este tratamiento se desarrollara fuera de las fronteras argentinas.

En esta fase de la enfermedad, los objetivos del tratamiento se dirigían a corregir la limitación de la movilidad pasiva de las articulaciones utilizándose distintos medios, y en segundo lugar a mejorar la coordinación, potencia y resistencia de la musculatura. En la siguiente tabla vemos las distintas técnicas utilizadas.

---

<sup>34</sup> Brieva E. *Cómo educar: poliomielíticos, débiles mentales, espásticos*. Buenos Aires: Médico Quirúrgica, 1959.



### Tratamiento en el periodo de recuperación muscular

- *Limitación de la movilidad pasiva*
  - calor previo
  - movimientos pasivos suaves
  - férulas
  - tracción continua o intermitente
  - cirugía
- *coordinación, potencia y resistencia muscular*
  - ejercicio muscular
  - hidroterapia
  - electroterapia.

Para mejorar la *limitación de la movilidad pasiva* disponían de distintas técnicas terapéuticas como hemos visto en la tabla anterior. La utilización del **calor** y los **movimientos pasivos** suaves se realizaban igual que hemos comentado en el apartado del tratamiento de la fase aguda.

La complicación más temida de la poliomielitis era las alteraciones articulares que se instauraban en la fase de regresión de la enfermedad. Estas alteraciones articulares podían ser de dos tipos, debidas a rigideces articulares o contracturas musculares, o bien ocasionadas por la laxitud articular. En ambos casos, las consecuencias se presentaban en forma de actitudes viciosas, limitación de movimientos, deformidades, etc., que eran un importante obstáculo para la recuperación funcional del paciente y su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (35).

Para Oliveras, estas actitudes viciosas podían considerarse como una consecuencia de la desidia en la terapéutica ortopédica (36). Afirmaba, que para evitar estas alteraciones articulares era necesario asegurar el factor postural, es decir

<sup>35</sup> López Fernández A. Pasado y presente de la Rehabilitación de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V:45-59.

había que tutelar la posición de la extremidad mediante un dispositivo ortopédico. Esta era la misión de la Ortopedia Preventiva, que trataba de asegurar una correcta posición de todos los segmentos de la extremidad, sin atrofiar ni comprimir las masas musculares, ni dificultar su circulación sanguínea. Esta finalidad se conseguía mediante los aparatos ortopédicos denominados monotutores. Con ellos se aseguraba el factor postural y demás actuaban como elementos de sostén para facilitar la bipedestación y deambulación.

Las **férulas**, en este contexto, adquirieron un gran auge en su desarrollo y utilización con la poliomielitis, puede decirse que fue un impulso muy importante en el desarrollo de la ortopedia técnica. Se consideraba que “Los aparatos hay que utilizarlos tan pronto sean necesarios y suprimirlos tan pronto son innecesarios” (36).

Algunas de estas férulas podían realizar también una tracción continua o intermitente sobre la articulación mediante gomas elásticas, muelles o resortes.

Las indicaciones de las férulas eran fundamentalmente para soportar o mantener el peso corporal, estabilizar o bloquear articulaciones y prevenir o corregir deformidades (18). Además, otras veces se usaban para controlar o regularizar movimientos incoordinados o suplencias musculares innecesarias, mientras que en otras ocasiones su función era incrementar mediante elásticos o resortes la ejecución de determinados movimientos debilitados. Con esta enfermedad la ortopedia experimentó un gran avance en relación con las distintas posibilidades terapéuticas y el elevado número de pacientes. En la figura siguiente vemos un niño con ortesis largas de miembros inferiores que le permitían bajar escaleras con ayuda de una persona y una muleta axilar.

---

<sup>36</sup> Oliveras Devesa M. El factor postural, elemento básico en la recuperación de poliomielítico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II: 11-19.



En algunos casos, para corregir posturas viciosas articulares o retracciones musculotendinosas se realizaban movilizaciones pasivas forzadas bajo anestesia, que luego se mantenían con una escayola durante dos o tres semanas. Otras veces, se requerían tratamientos más agresivos como el alargamiento o la sección quirúrgica de la contractura muscular de una forma precoz (15). Pero tenemos que tener en cuenta que, en la recuperación de las parálisis poliomielíticas eran fundamentales la reeducación funcional y la ortopedia, debiendo intervenir la cirugía solamente a su tiempo y siguiendo unas indicaciones concretas.

Algunos autores como Oliveras, exponían que se concedía demasiada importancia a la cirugía y se descuidaba mucho la terapéutica física y la ortopedia preventiva, abusándose demasiado de las intervenciones cruentas (36). Denunciaba que en los centros de niños con poliomielitis había mucha actividad en los quirófanos y eran poco frecuentados los departamentos de reeducación funcional. También refería, que la cirugía dejaba muy descuidado al parálitico durante el postoperatorio y aconsejaba proscribir la cirugía durante los dos años siguientes al episodio agudo de

la enfermedad. Para este autor “la reeducación funcional y la ortopedia se maritan perfectamente y limitan cada día más la acción quirúrgica. Así contamos con tres poderosos remedios para luchar airoosamente en la recuperación de parálíticos” (37).

Para conseguir la *mejora en la coordinación, la potencia y la resistencia muscular* se utilizaron distintas técnicas terapéuticas que están vigentes plenamente hoy en día. Posiblemente, la hidrocinesiterapia y la poleoterapia, utilizadas para mejorar la coordinación, potencia y resistencia muscular, experimentaron un importante impulso en cuanto a mejora en los conocimientos y una mayor difusión, gracias a su utilización en esta enfermedad.

El fisioterapeuta comenzaba por enseñar al paciente a contraer voluntariamente cada músculo por separado, es decir de forma analítica, y de modo especial en los músculos con parálisis parciales más graves. Así, se intentaba evitar que los músculos más afectados pudieran ser sustituidos por los músculos sinérgicos o antagonistas.

Los **ejercicios de coordinación muscular** se realizaban previamente a los de desarrollo de potencia y resistencia, porque la incoordinación motora disminuía el rendimiento y las posibilidades de recuperación muscular.

Los **ejercicios para aumentar la potencia muscular** se podían realizar en un amplio abanico de posibilidades dependiendo de la valoración motora de cada músculo. Cuando no se podían realizar ejercicios contra gravedad, se utilizaban las suspensiones y la hidroterapia. Los ejercicios debían de estar muy dosificados y no ocasionar fatiga muscular. El rendimiento mejoraba mucho con el calor por lo que tuvo especial importancia la realización de ejercicios dentro del agua caliente.

Una vez que cedía el dolor se iniciaba el periodo de reeducación muscular, el cual según Stimson debía comprender, desde los movimientos activos sin esfuerzos, aumentándose paulatinamente a los ejercicios de control, ejercicios funcionales y

---

<sup>37</sup> Oliveras Devesa M. Op. Cit., p.18.

finalmente ejercicios con esfuerzos que llevaban a la rehabilitación social (38). Para llevar a cabo una correcta y precisa reeducación funcional era necesario, como ya hemos visto, un diagnóstico preciso de los músculos afectados, para ello utilizaban pruebas de electrodiagnóstico, como la electromiografía y cronaxometría, la goniometría y pruebas de valoración muscular. El músculo afectado tendía a ser sustituido por los sanos, disminuyendo así su posibilidad de recuperación. Para evitar esto se utilizaba la cinesiterapia activa analítica, así se potenciaba un músculo o grupo muscular aisladamente.

Se describieron distintos **métodos de reeducación muscular**. Entre ellos destacamos el de Lowett y el de Gaenslen.

El método de Lowett consistía en ayudar al paciente a efectuar ciertos movimientos con objeto de estimular la producción del impulso motor cerebral a nivel del músculo debilitado o paralizado (39). Se indicaba al paciente que dirigiera su impulso voluntario de contracción del músculo y la extremidad se colocaba en una posición tal que la gravedad ayudara al acto o si no, se le ayudaba manualmente al movimiento.

El método Gaenslen consistía en suspender al aire, en una honda, las extremidades que debían de someterse al ejercicio, con objeto de eliminar por completo la gravedad y el rozamiento (3). Con este método, una capacidad muscular muy escasa podía traducirse en un movimiento efectivo, y se utilizaba especialmente en estos casos en los que la fuerza muscular era insuficiente para vencer la gravedad o superar el rozamiento de la mesa de exploración.

También se utilizó el método de Delorme, o trabajo contra resistencia progresivamente creciente, se debía respetar el principio de graduar adecuadamente la resistencia para evitar que una carga excesiva provocara fatiga al músculo parético (40). La fase de calentamiento previa se conseguía mediante un baño caliente o la realización de un número pequeño de contracciones, después se continuaba con el protocolo en el que se iba aumentando progresivamente la resistencia. Para que el

---

<sup>38</sup> Stimson, citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298

<sup>39</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p. 1283.

<sup>40</sup> Valdés Santurio E. Algunas consideraciones acerca del tratamiento de las parálisis poliomielíticas del miembro inferior, con especial referencia a los trastornos vasculares y del crecimiento. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V: 41-71.

músculo aumentara su fuerza había que fatigarle, por eso se aumentaba la resistencia contra la que tenía que trabajar. Parece ser que con este método se conseguía aumento de fuerza durante unos dos o tres meses, y posteriormente se detenía el avance (41).

La utilización de ejercicios bajo el agua también fue muy útil, como vamos a exponer posteriormente, y lo ideal era llevarlos a cabo en una piscina de agua caliente. En el agua, al niño le era más fácil realizar movimientos, con menor esfuerzo, sin dolor, ni fatiga. El peso del cuerpo se podía reducir hasta nueve décimas partes, facilitando así la realización del movimiento, además, el agua provocaba sensaciones de contacto, térmicas y sensitivas, en los músculos y articulaciones. De otro lado, en el uso de las piscinas colectivas también entraban en juego factores psíquicos de emulación y acicate que favorecían el proceso de recuperación del paciente.

La **hidroterapia** era un procedimiento físico de uso antiguo en muchas afecciones. En el caso de la poliomielitis se usó sobre todo en lactantes y en niños menores de dos años, en los que era muy difícil el conocimiento exacto de la localización de los espasmos musculares (3). Aportaba además la ventaja de poder realizarse en el domicilio. Sólo se requería una bañera de longitud suficiente para que el paciente pudiera tumbarse extendido y una temperatura del agua de 38 ó 39° C, no debía ser superior porque el músculo se fatigaba excesivamente (10). La duración de los baños al principio era de quince a treinta minutos y su número de dos a cuatro diarios pudiéndose combinar con los fomentos. En cuanto a los resultados, los baños calientes aliviaban el dolor muscular y el espasmo más rápida y efectivamente que las envolturas de Kenny, y además no inmovilizaban tanto al paciente. Por todo esto se usó en el periodo agudo de la enfermedad.

Además mejoraba el rendimiento muscular, aumentando la potencia y resistencia durante la fase de recuperación muscular y se retrasaba la aparición de la fatiga.

---

<sup>41</sup> Troisier O, Grossiord A. Evolución de la fuerza muscular en los poliomielíticos tratados según la técnica de la resistencia máxima. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 37-43.

Pero donde más importancia adquirió fue en esta fase de postparálisis, porque se combinaba el efecto beneficioso del agua caliente con los ejercicios activos de reeducación, favorecidos por el principio de flotación. Así, el paciente podía realizar ejercicios que no era capaz fuera del agua. Además recibía sensaciones cutáneas, musculotendinosas y articulares al realizar los movimientos que le ayudaban a readquirir los complejos mecanismos neuromusculares de coordinación, automatismo etc. (15). La velocidad de ejecución de los movimientos en el agua originaba una resistencia al movimiento que cada paciente podía individualizar, consiguiendo una potenciación muscular suave y progresiva.

El movimiento en el agua creaba imágenes motoras que facilitaba la recuperación de la marcha, que además podía iniciarse en el agua. Por último, no podemos olvidar el beneficio psíquico que conseguía el movimiento de los miembros afectados. Esto es lo que actualmente conocemos con el nombre de hidrocinesiterapia, y que en esta época tenía un gran desarrollo en cuanto a conocimientos y su utilización. Se aconsejaba que el paciente comenzara a realizar los ejercicios en la piscina, tres o cuatro semanas después del inicio de la enfermedad.

También se podía usar el **masaje** durante la inmersión en el agua. Se utilizaba por sus efectos estimulantes sobre la circulación y el tono muscular (42). Se exageró mucho el valor terapéutico del masaje por algunos colectivos (19). Según Plastringe, las reglas elementales del masaje eran las siguientes descritas: nunca debía de producir dolor ni fatiga, la percusión debía ser suave pero al mismo tiempo firme y tenaz, en las extremidades las maniobras se practicaban en dirección al corazón y por último el masaje se debía de aplicar a cada grupo muscular separadamente (43).

Para Música el masaje era muy importante porque en primer lugar, estimulaba la acción del músculo, provocando contracciones fibrilares y reflejas (44); en segundo lugar mejoraba la circulación sanguínea por lo que secundariamente se

---

<sup>42</sup> Barnosell F. Recuperación funcional de las parálisis poliomielíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; 1:19-58.

<sup>43</sup> Plastringe. Citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298

favorecía el trofismo de los miembros. En tercer lugar se disminuía la fatiga tras el esfuerzo y por último ejercía una influencia psíquica muy favorable. Existían distintas técnicas de masoterapia para adaptarse a cada objetivo, coincidiendo con las vigentes hoy.

Al mismo tiempo que la kinebalneoterapia, aconsejaban la realización de **mecanoterapia** con distintos tipos de aparatos, para conseguir la restauración anatomofisiológica y psicomotora (45). En este sentido, el patín de ruedas fue usado porque suprimía el rozamiento y la inercia, facilitando mediante el juego del niño, la multiplicación de toda manifestación de movimiento, dando a aquellas unidades motoras no afectadas por la lesión neuronal el medio de obtener un esbozo de movimiento. La repetición del gesto y la contracción muscular determinaba según estos autores la regeneración lenta y progresiva de la actividad muscular. También se obtendría la restauración psicomotora, porque el uso del patín proporciona sensaciones quinesísticas, visuales, auditivas y sensaciones de posición. Gracias a su eficacia en proporcionar sensaciones quinesísticas era especialmente útil en la reeducación de las manos y dedos. Era una mecanoterapia exclusivamente activa, pues los movimientos eran realizados y ordenados por el propio paciente. Además los autores aconsejaban su utilización en la Rehabilitación de otras deficiencias neuromotoras (45).

También se utilizaron, la mesa de manos para pronosupinación contra resistencia y flexo extensión de la muñeca, bicicleta de resistencia graduable, triciclos para niños más pequeños, rueda de hombro, plano inclinado, etc. Destacaba por su originalidad una mesa con muñecos que se movían con los miembros inferiores, consiguiendo que el niño realizara cinesiterapia de las piernas y a la vez estuviera entretenido (14).

La **electroterapia** también jugó un papel en la poliomielitis, aunque no tan relevante como las técnicas expuestas anteriormente. Esta técnica terapéutica se usaba no sólo para el diagnóstico de la afectación muscular, sino también en su

---

<sup>44</sup> Múgica E. *Rehabilitación funcional por ejercicios*. Madrid: Paz Montalvo, 1972.



tratamiento y en la elaboración de un pronóstico. Se utilizó como medio de excitación y contracción muscular, en aquellos músculos afectados para conservar sus propiedades funcionales, en tanto no se restablecía el impulso nervioso normal. Sólo era eficaz en aquellos músculos que no estaban totalmente paralizados.

La provocación de contracciones prevenía la atrofia de los haces musculares paralizados, además ejercitaba y fortalecía la parte no paralizada capacitándola para un trabajo compensador. Si el músculo estaba únicamente debilitado, se utilizaban los efectos beneficiosos de la corriente farádica; si estaba paralizado, se recomendaba utilizar la corriente lenta sinusoidal o galvánica o corrientes exponenciales (3,46).

Estas corrientes galvánicas excitaban selectivamente al músculo denervado, produciendo en él una gimnasia eléctrica que evitaba que el músculo se atrofiara. Roger Villar señalaba muy acertadamente, que la electroterapia en esta enfermedad no desplazaba a otros tratamientos sino que los complementaba. Esta técnica terapéutica tenía los inconvenientes de que eran tratamientos largos tanto en el número de sesiones que a veces se prolongaban durante dos años, como por la duración de éstas, hasta una hora. Además exigía personal especializado en electroterapia, recomendándose que fuera un médico. La intensidad de este estímulo galvánico debía de ser muy grande, se propagaba a los músculos sanos por lo que se debían de realizar pausas entre los estímulos para que las fibras se relajaran completamente.

También se utilizó la corriente galvánica para introducir sustancias medicamentosas en el organismo, como yoduro potásico por sus efectos analgésicos o el priscol por su acción de vasodilatación activa (42).

Gratzi construyó un aparato llamado “myoton” cuyo objetivo era reactivar eléctricamente la musculatura paralizada (47). Gracias a un transformador especial,

---

<sup>45</sup> Leory D, Ryckelyneck. La presse médicale 1951; 21. Citado en: la Pediatría en la prensa médica española y extranjera. *Acta Pediátrica Española* 1952; 11: 149-150.

<sup>46</sup> Roger Villar R. Comentarios sobre las corrientes exponenciales en el tratamiento de las parálisis poliomielíticas. *Boletín de la Sociedad Valenciana de Pediatría* 1963; 20: 1-10.

<sup>47</sup> Gratzi. Citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298

el aparato podía ser adaptado a la corriente eléctrica usual, y provocaba “estremecimientos” musculares a intervalos regulares que no se distinguían de los de origen nervioso. Según su creador, un empleo regular del aparato ininterrumpido durante dos años, restablecía por completo la actividad y producía éxitos hasta en el 80% de los casos.

Los **rayos ultravioleta** también se emplearon como método auxiliar (3). Sus efectos sobre el sistema óseo hicieron que se utilizara en los trastornos de crecimiento, acortamiento de extremidades, escoliosis y lordosis, tan frecuentes en los enfermos poliomielíticos.

Dentro de la **Terapéutica por el calor**, destacaba la utilización de la radiación infrarroja que conseguía elevaciones de la temperatura cutánea de hasta cinco grados, manteniéndose hasta media hora después. Se utilizaba por su acción antiálgica antes de practicar la movilización pasiva articular (42).

También se utilizó la onda corta por su acción terapéutica de calor en la profundidad, consiguiendo relajación muscular y analgesia. El ultrasonido provocaba calor por el movimiento de fricción y microamasamiento, obteniéndose así los mismos efectos terapéuticos que con otras formas de calor. “Se puede recurrir al uso de la electricidad (diatermia y rayos infrarrojos) como recurso para ayudar a mantener la normalidad de la circulación en las zonas afectadas por las parálisis” (48).

La radioterapia por su acción analgésica se empleaba en las formas dolorosas de la primera fase del periodo de recuperación (42).

### **7.3.3.2. Fase de reeducación funcional**

Durante la fase anterior de recuperación muscular, se había intentado recuperar la actividad de las unidades motoras residuales. La duración de esa fase era variable para cada paciente dependiendo de la extensión y gravedad de la parálisis

inicial, la edad del paciente, a menor edad mayor lentitud en la recuperación y, por último, de la capacidad de compresión, concentración y trabajo del paciente (15).

En la fase de reeducación funcional, los objetivos del tratamiento eran desarrollar la máxima potencia muscular posible y conseguir la independencia en las actividades funcionales. Los objetivos y las distintas técnicas utilizadas las vemos en la tabla siguiente.

<b>Periodo de reeducación funcional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aumentar la potencia muscular</i></li> <li>• <i>Entrenamiento de las actividades funcionales:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>-postura del tronco</li> <li>-reeducación de la marcha</li> <li>-Actividades Esenciales Diarias</li> </ul> </li> </ul>

Pasado el período agudo de la enfermedad, y el periodo de recuperación muscular, los pacientes se podían encuadrar en uno de estos cuatro grupos (15). En primer lugar, paciente con parálisis de extensión y gravedad ligera en los que no existe pérdida de ninguna función aunque alguna puede estar limitada por la paresia muscular, por ejemplo una paresia leve en miembro inferior que dificultaba la marcha de distancias largas. En estos pacientes se aconsejaba continuar con los ejercicios de resistencia muscular.

Existía un segundo grupo de pacientes con parálisis más graves pero de extensión limitado que les podía limitar o impedir alguna función, por ejemplo la existencia de una monoplejía. Estos pacientes requerían soportes o aparatos ortopédicos.

En tercer lugar, los pacientes con parálisis extensas y graves de grupos musculares necesarios para funciones esenciales, por ejemplo una paraplejía combinada o no con parálisis moderadas de miembros superiores. Se necesitaban aparatos ortopédicos, potenciación de la musculatura residual, entrenamiento de la marcha con soporte y reentrenamiento de las actividades esenciales diarias.

<sup>48</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p. 1294.

Por último en los pacientes con parálisis muy graves y extensas, que afectaban también a miembros superiores, se necesitaba un tratamiento prolongado con fisioterapia y terapéutica ocupacional, para intentar realizar las actividades esenciales diarias de forma independiente.

Los distintos métodos de aumentar la **potencia muscular** usados en esta fase eran los mismos que los comentados en el apartado anterior.

En el entrenamiento de las **funciones posturales**, era necesario enseñar al paciente a controlar la postura del tronco tanto en decúbito, plano inclinado, sedestación como en bipedestación. Para ello se utilizaban movimientos pasivos, los ejercicios activos y los soportes ortopédicos para el tronco, con el fin de conseguir una buena posición y estabilización de la columna vertebral durante todas las actividades que realizaba el paciente (49).

Destacamos que ya en esta época, se conocían los efectos beneficiosos de la bipedestación sobre el aparato circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario y óseo, entre otros, por lo que adquiría gran importancia intentar mantener al paciente en posición vertical el mayor tiempo posible. En este sentido, los aparatos ortopédicos utilizados para estabilizar el tronco y extremidades adquirieron gran importancia.

Los corsés utilizados para estabilizar la columna vertebral, tuvieron un gran desarrollo en esta enfermedad. Existían de distintos tipos para adaptarse al grado de debilidad muscular del paciente. Así, podían ser de lona o tela fuerte con armaduras metálicas o ballenas, y barras transversales de aluminio. Otras veces, la finalidad del corsé era la descarga, para los casos con gran inestabilidad de tronco, en los que mediante un soporte telescópico se conseguía mantener al paciente sentado sin que apoyara el peso sobre sus nalgas.

Si el paciente tenía parálisis de la musculatura abdominal se utilizaban fajas elásticas fuertes e incluso dos tiras anchas de esparadrapo elástico desde trocánter de un lado hasta las costillas inferiores del lado opuesto, pasando un poco por encima

---

<sup>49</sup> Gould Tony. A Summer plague. *Polio and its survivors*. London: Yale University Press, 1995.

del ombligo. Así se evitaban los síncope de origen vascular y la distensión abdominal originada por la distensión muscular, secundaria a la paresia de la musculatura abdominal en estos pacientes.

La **reeducación de la marcha**, era clave en estos pacientes para conseguir la máxima autonomía. Se iniciaba en la piscina terapéutica con el apoyo de barras paralelas y distintos niveles de inmersión. Podían utilizarse férulas de plástico en las paresias musculares de miembros inferiores, y ayudarse de carriles para soportar al paciente por axilas e incluso con suspensión de la cabeza, en el caso de parálisis importantes.

La marcha fuera del agua se realizaba con la ayuda de distintos soportes y apoyo que se iban retirando a medida que el paciente ganaba fuerza y confianza. Era imprescindible la presencia de un espejo en un lateral de las barras paralelas para poder corregir los defectos posturales que podían aparecer durante la marcha.

Muy frecuentemente el paciente podía necesitar algún tipo de aparato ortopédico de soporte para miembros inferiores en el caso de parálisis o paresias importantes. Existían distintos tipos de ortesis para tobillo, rodilla e incluso de compás largo hasta la raíz de muslo, con o sin apoyo isquiático, para adaptarlos al paciente según el tipo de parálisis (18). Algunos de ellos requerían incluso una faja pélvica para conseguir una mayor fijación y estabilidad del aparato. A veces era necesario desgravitar al enfermo en las primeras fases de reeducación de la marcha, mediante cinchas de tracción cefálicas, axilares, abdominales o perineales, según la gravedad de la parálisis (42).

Cuando el paciente era capaz de caminar en las barras paralelas, comenzaba la marcha con apoyos, utilizando para empezar caballetes, andadores o bastones de tres o cuatro patas, para luego continuar con bastones de codo o bastones de puño (50).

En algunos casos el paciente podía requerir el uso de una silla de ruedas cuando era un paraplégico o tenía una paresia que no le permitía andar distancias largas. Era imprescindible que tuviera una buena musculatura de miembros

---

<sup>50</sup> Leroy D. El tratamiento de las alteraciones motoras de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV:60-81.

superiores para ser autónomo en el manejo de la silla, y si esto no era posible ya entonces, existían sillas con motor eléctrico.

Ya hemos comentado que la finalidad del tratamiento rehabilitador era que los pacientes consiguieran la mayor independencia posible en las **actividades esenciales de la vida**. En este sentido, la terapia ocupacional adquiría un papel importante, porque era necesario enseñar al niño a “valerse por sí mismo mediante la práctica de los diversos actos de la vida cotidiana”, es decir había que enseñarle a realizar las actividades esenciales diarias para así contribuir a la recuperación de sus funciones motoras, de coordinación y mentales, y así el niño pudiera adquirir en su vida de relación la mayor independencia posible (51).

Se incluían dentro de la terapéutica ocupacional, la realización de actividades como el aseo, el vestido, la alimentación, los traslados y la deambulación entre otras. Tras una valoración adecuada, se prescribían los movimientos que se debían de ejercitar para conseguir un doble objetivo, realizar una actividad y aumentar la fuerza y resistencia de esta musculatura. La terapéutica ocupacional era la encargada de conseguir estos objetivos, es decir aceleraba la recuperación del enfermo mediante el trabajo. Para ello utilizaban ejercicios con telares manuales, cerámica, pintura, etc., como ya vimos en la primera parte del trabajo.

Durante el periodo de convalecencia precoz, el terapeuta ocupacional debía de colaborar con el fisioterapeuta para obtener la mejor recuperación funcional y con el ortopeda en la fase de secuelas, para conseguir la máxima independencia en las actividades diarias y en el trabajo (52). Para ello, los pacientes debían de realizar los movimientos voluntarios sin fatiga importante, y paulatinamente, se iban introduciendo resistencias, por ejemplo serrando una madera de distintos grados de dureza. También se debía de proporcionar al paciente todos los dispositivos y adaptaciones necesarias para la alimentación, u otros objetos para realizar las actividades de la vida cotidiana.

---

<sup>51</sup> Parreño Rodríguez JR. Op. Cit., p.19.

<sup>52</sup> Vindem K. Terapéutica ocupacional en el tratamiento de procesos neurológicos. En: En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 635-674.

Durante la fase de secuelas se debía de enseñar al paciente a realizar las actividades con la máxima independencia y destreza. También debían de ser los terapeutas ocupacionales los encargados de adaptar la casa del paciente si era necesario, inodoro, puertas, muebles, etc, (52).

El tratamiento al que se sometía al paciente era lo que actualmente se llama Rehabilitación Integral. Por ello no sólo se sometía a tratamiento médico, físico, quirúrgico, psicológico, sino también se trataban los problemas de educación y orientación vocacional (53).

Se intentaba conseguir una incorporación del niño a la sociedad. Para ello se utilizaba la terapia recreacional, juegos y educación familiar, así como la ya comentada reeducación de las actividades esenciales de la vida diaria. Por este motivo, los niños en régimen de larga hospitalización debían de realizar su tratamiento rehabilitador, pero también debían de asistir a clases escolares en el Centro (53). La escolaridad constituía bajo este prisma un elemento fundamental en la Rehabilitación del paciente ya que su objetivo era conseguir la reinserción del niño en la sociedad.

La terapia recreativa era definida como la terapia ocupacional adaptada a los medios de tratamiento en síndromes invalidantes infantiles (53). Con ella se facilitaba la reeducación muscular, porque el movimiento persigue siempre un fin concreto, y se estimulaba el espíritu competitivo tan importante en el desarrollo del niño inválido. Los medios que empleaba la terapia recreativa eran materiales de juegos adaptados a las diferentes edades, actos que integraran al niño al medio social como teatro, cine, guiñol o televisión, deportes, viajes y excursiones (53).

En 1963 y 1964, se organizaron en Tarragona por la Cruz Roja Española, los llamados *Juegos Nacionales para Niños Inválidos* (18). De este modo se integraba a los niños en una actividad tan beneficiosa como era el deporte. Se realizaron distintas actividades recreativas y deportivas para niños poliomielíticos, como natación, petanca, tiro con arco, etc.

---

<sup>53</sup> Parreño Rodríguez JR. Integración social del niño inválido. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 7-22.

Después de la recuperación funcional, con los jóvenes en edad laboral se comenzaba un período de readaptación y reeducación profesional, y en general, se aconsejaba no comenzar antes del tercer año del inicio de la enfermedad (54). En la mayor parte de los casos la posibilidad de recuperación permitía obtener la reintegración del niño a su medio social habitual. En los adultos, el objetivo era obtener la independencia económica, para ello se les realizaba en primer lugar un examen de orientación profesional de acuerdo a las aficiones y función motora del paciente. Posteriormente, se les enseñaba un oficio y se intentaba conseguir su reincorporación laboral.

#### **7.3.4. Cuidados rehabilitadores en la fase de secuelas paralíticas**

En esta fase de la enfermedad se consideraba que ya no iba a existir recuperación motora ni funcional, por lo que en algunos casos era necesario acudir a la cirugía para intentar aumentar la funcionalidad de estos pacientes. Por otro lado, como ya hemos visto el mayor número de pacientes afectados de poliomielitis eran niños, que por lo tanto iban a continuar su crecimiento y, precisamente durante los periodos de mayor crecimiento era cuando se podían producir nuevas deformidades. Por lo tanto, se hacía imprescindible la realización de revisiones periódicas, tras el alta hospitalaria para valorar su evolución y posibles cambios en su estado funcional.

El hecho, ya comentado, de que en esta enfermedad quedaran secuelas y además ocurriera en niños que requerían revisiones periódicas, hizo que se mantuvieran las instalaciones que se habían acondicionado para estos pacientes ya que la posible necesidad de tratamiento era de por vida. Con lo cual los servicios de Rehabilitación que florecieron con la llegada de la poliomielitis permanecieron después de acabar las epidemias. Y además, cuando el número de pacientes fue disminuyendo, gracias a las campañas de vacunación, se utilizaron para tratar a otro

---

<sup>54</sup> Blanco Otero M. Rehabilitación del niño con deficiencia física. *Rehabilitación* 1968;2: 353-360.



tipo de pacientes subsidiarios de tratamiento rehabilitador, como fue en el caso del Hospital del Niño Jesús.

Las secuelas de la polio podían afectar a prácticamente todos los aparatos del organismo desde el aparato locomotor al urinario (55). En el caso de las secuelas del aparato locomotor, se agrupaban en cuatro grupos y que se exponen en la tabla siguiente.

Fase de secuelas paralíticas permanentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis motoras: trasplantes, osteotomías, artroplastia, artrodesis.</li> <li>• Escoliosis</li> <li>• Trastornos de circulación periférica.</li> <li>• Dismetrías: trastornos del crecimiento de los miembros</li> </ul>



Se consideraba que pasado un año tras la enfermedad, sin que el paciente mostrara ninguna mejoría en la fuerza del músculo afectado y con una valoración muscular de cero, era “perder el tiempo y malgastar los recursos del paciente el intentar volverlos a la actividad” (56). Sin embargo, en músculos con parálisis parciales podían presentarse mejorías hasta uno y dos años después de la fase aguda. Por lo tanto, era muy difícil señalar un plazo fijo para la recuperación de la potencia de los músculos afectados.

Las **intervenciones quirúrgicas** tenían el objetivo de mejorar, sustituir o reforzar la potencia de los músculos o favorecer las condiciones mecánicas en que se efectuaba el movimiento. Se utilizaban trasplantes tendinosos para sustituir la acción del músculo paralizado por otro con suficiente potencia o bien para conseguir una redistribución de la fuerza muscular entre agonistas y antagonistas para así restablecer el equilibrio de los movimientos.

<sup>55</sup> Vallbona C, Spencer W. Clasificación sistemática de las secuelas crónicas de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962;VII:23-34.

<sup>56</sup> Esteve de Miguel R. Otal A. Op. Cit., p.503.

Las osteotomías variaban el eje de los miembros con la finalidad de corregir las desviaciones que existieran y a veces para obtener alineaciones especiales que mejoraran la estática y las condiciones mecánicas de trabajo.

Se usaron mucho las artrodesis, para provocar anquilosis óseas de las articulaciones con musculatura paralizada en posiciones favorables para la mecánica del miembro y así estabilizar permanentemente la articulación. Se indicaban frecuentemente en el pie, y menos en el hombro, la cadera, la muñeca y alguna otra articulación.

“Con respecto a la parálisis infantil, hasta hace pocos años la mayor parte de los cirujanos ortopédicos confiaban más en las realizaciones de la cirugía correctora que en otras técnicas terapéuticas. En la actualidad son pocos los leales a este criterio, y por el contrario, se esperan los mayores éxitos con la aplicación de los tratamientos posturales y por los ejercicios” (57).

Respecto a las indicaciones quirúrgicas, “a partir de los seis u ocho meses como mínimo del ataque agudo, podían realizarse intervenciones, fijadoras o estabilizadoras, con las reservas condicionadas por el desarrollo esquelético” (58).

Algunos autores opinaban que debía proscribirse la práctica de tenotomías y limitarse en lo posible la de alargamientos tendinosos. Por el contrario, con frecuencia se hacían fasciotomías precoces, sobre todo de la fascia lata, la cintilla iliotibial y la fascia lumbar (56).

La **escoliosis** era una de las deformidades más frecuentes como secuela de la polio, a consecuencia de la parálisis de la musculatura paravertebral, teniendo la parálisis asimétrica de los músculos abdominales un papel muy secundario (59). También podían aparecer escoliosis secundarias a la diferencia de longitud de los miembros inferiores (60). Por sus características particulares y su importancia vamos a comentarla por separado. La escoliosis paralítica tenía y tiene mal pronóstico

<sup>57</sup> Luis Esteban Múgica. *Diagnóstico y tratamiento de la poliomielitis*. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1957, p 9.

<sup>58</sup> Aldecoa Jaristi JL. Op. Cit., p.1296.

<sup>59</sup> Grossior A. Ciosi-Fresnay C. Held JP. Beaupère G. Parálisis poliomielítica de los músculos abdominales. Su estudio clínico. Su papel en la etiología de la escoliosis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 51-60.

porque se iniciaba en edades tempranas con lo que el potencial de crecimiento era muy grande.

Se consideraba que lo más importante en la escoliosis era la prevención, porque una vez se había desarrollado la escoliosis los resultados terapéuticos eran a menudo decepcionantes (61). Aconsejaban evitar la postura de sedestación durante seis, doce o más meses mientras se reforzaba la musculatura paravertebral con gimnasia, recomendándose en los niños muy pequeños el lecho de inclinación.

A parte de las medidas posturales comentadas, una vez establecida la escoliosis debían de ser muy enérgicos en su tratamiento. Utilizaban un aparato de contención de tres puntos de apoyo durante el decúbito supino para mantener corregida la curva. Durante la marcha utilizaban un soporte corrector tipo Milwaukee con armadura metálica y tres puntos de apoyo, para conseguir una tracción constante sobre la columna vertebral.

Paralelamente a la utilización del corsé debían de retirárselo unos minutos al día para que el niño pudiera realizar ejercicios activos de tronco y respiratorios.

La cinesiterapia pasiva y activa era muy importante y el “cinesiterapeuta” debía de enseñar al niño a autocorregir su escoliosis inicial, y ejercicios para reforzar los grupos musculares debilitados (60).

Las suspensiones se usaban para intentar estirar las estructuras acortadas de la concavidad de la curva mediante una tracción de columna durante media y siempre con extrema vigilancia (15). Se le suspendía de la cabeza con la punta de los pies tocando el suelo y debía de intentar apoyar el talón en el suelo.

El tratamiento incruento de Risser con corrección progresiva con yesos en algunos casos era útil, pero sus efectos eran pasajeros, por lo que se consideraba una fase previa a la fusión vertebral quirúrgica (60).

El tratamiento quirúrgico se reservaba para los casos con gran inestabilidad de columna o tendencia progresiva a la deformidad, que no respondía a las medidas

---

<sup>60</sup> Barnosell F. Escoliosis poliomielíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III:11-34.

<sup>61</sup> Grossior A. Ciosi-Fresnay C. Held JP. Beaupère G. A propósito de la prevención de las escoliosis poliomielíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 25-33.

ortopédicas antes señaladas (62). Entonces se indicaba la fijación de la columna, así se conseguía mejorar la capacidad funcional del paciente y detener la evolución de la escoliosis. Debía de realizarse antes de que la escoliosis tuviera muchos grados o existieran deformidades importantes de la caja torácica (63).

La experiencia en el tratamiento de las escoliosis poliomiélicas hizo que se aumentaran los conocimientos sobre la evolución y el pronóstico de otros tipos de escoliosis neurológicas o paralíticas.

Las deformidades del **pie** tenían mucha importancia porque no permitían una marcha eficaz al no tener un apoyo adecuado (64). El pie equino-varo, valgo-pronado y equino-valgo eran las deformidades más frecuentes de causa poliomiélica (65). Se comenzaba con un tratamiento ortopédico y de rehabilitación, dependiendo de la intensidad de la deformidad y acabado el crecimiento se realizaba el tratamiento quirúrgico adecuado que se complementaba con un tratamiento de reeducación funcional (66).

Los **trastornos de la circulación periférica y de la nutrición de tejidos** se debían en parte a la propia parálisis muscular ya que estaba disminuido el aporte de sangre, y sobre todo por la afectación del sistema nervioso vegetativo. Aparecían también trastornos de la sudoración y de los reflejos vasomotores.

Se intentaba evitar estos trastornos mediante la protección contra el frío de los miembros paralizados, la utilización de baños o duchas de contrastes que constituirían un estímulo vasomotor.

Cuando ya aparecían edemas se utilizaban medidas posturales, medias elásticas, masajes y fricciones con sustancias rubefacientes, y corrientes sinusoidales aunque no en los niños porque eran dolorosas.

<sup>62</sup> Rodríguez R. de la Rúa A. Función rehabilitadora en el tratamiento de la escoliosis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 69-72.

<sup>63</sup> Cobb JR: Escoliosis. Etiología y tratamiento. *Rev. de Ortop. y Traum.* 1958; 3: 1-15.

<sup>64</sup> Barnosell F, Baldocki EC, Broggi M, Soler Bachs J. Fisiopatología del pie equino poliomiélico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV:11-17.

<sup>65</sup> Esteban Múgica B, Schwarz A, Gomiz N. Influencia del aparato extensor externo del pie en la formación del pie valgo-pronado poliomiélico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI:39-51.

<sup>66</sup> Blanco Argüelles M, Silvestre Ferrer R, Llanos Alcázar F. Tratamiento ortopédico y de rehabilitación del pie equino-plano-vaolgo poliomiélico. *Rehabilitación* 1973; 1:63-85.

Si el paciente tenía sabañones y ulceraciones se utilizaban vasodilatadores capilares y arteriales, infiltraciones de la cadena simpática lumbar, a veces gangliectomía lumbar, y siempre medidas de fisioterapia como onda corta y rayos ultravioleta (15). La cirugía del simpático en las secuelas poliomielíticas también fue practicada por los cirujanos españoles, y comunicaron resultados muy satisfactorios mejorándose el trofismo de los miembros afectados (67).

Cuando la poliomielitis afectaba a un miembro durante la infancia, éste tendía a crecer menos que el opuesto y aparecía una diferencia en la **longitud de los miembros** (15). Este acortamiento podía crear trastornos mecánicos durante la marcha y problemas estéticos. Se decía que no existía relación directa entre la edad en que el paciente sufría el ataque de polio y el grado de acortamiento (40). Para evitar este problema se recomendaba evitar los trastornos circulatorios en el miembro afectado y conseguir que el niño apoyara el peso del cuerpo sobre el miembro.

Se vio que la onda corta y la terapéutica ultrasónica sobre el hueso retrasado en crecimiento, conseguía incrementar la actividad del tejido óseo, por lo que se recomendaba utilizar sobre las metáfisis al conseguir una vasodilatación directa sobre la arteria nutricia y perióstica y estimular el crecimiento del hueso (68).

Si la alineación era correcta se compensaba la desigualdad de miembros con suplementos en el calzado para evitar las inclinaciones de pelvis y escoliosis. Cuando no era posible esto se realizaba tratamiento quirúrgico, pero siempre una vez terminado el crecimiento. Existían distintas técnicas, se podían realizar estimulaciones del crecimiento de los huesos largos con la técnica de Trueta mediante un bloqueo de la cavidad medular del fémur y de la tibia. También se podían realizar fijaciones de los cartílagos epifisarios fértiles del lado largo mediante grapas o epifisiodesis ósea, después de calcular el crecimiento óseo que le quedaba al niño para que el crecimiento del lado corto compensara la diferencia de longitud. También se podía acortar el lado largo, pero esto era difícilmente aceptado por el

<sup>67</sup> Sierra Forniés A. Cirugía del simpático en las secuelas poliomielíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VII: 29-39.

<sup>68</sup> Barnosell F. Fisiopatología clínica de la circulación periférica en la poliomielitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 26-38.

paciente. Se comenzaban a realizar alargamientos del miembro corto. Y por último, también realizaban fistulas arteriovenosas en el miembro corto para obtener un sobrecrecimiento por el exceso de aporte sanguíneo. Pero se consideraba que era una técnica complicada porque los vasos sanguíneos en estos pacientes, eran de calibre reducido y de paredes delgadas.

Cuando el paciente era dado de alta del hospital debía de continuar su tratamiento en su domicilio aunque asistiera de modo regular a un Centro de Rehabilitación (15). Por este motivo, estos centros debían ser también de enseñanza para los pacientes y sus familiares con el fin de colaborar en el tratamiento. Se les enseñaba a realizar ejercicios sencillos, medidas posturales correctoras, colocación de férulas, ejercicios activos y pasivos para mantener la movilidad de las articulaciones y el manejo de los aparatos de apoyo. Las revisiones periódicas eran muy importantes, ya que el crecimiento en estos niños propiciaban que las deformidades osteoarticulares empeoraran ocasionando severos problemas ortopédicos fundamentalmente en la marcha y durante toda la vida.

Tras la llegada de la vacuna disminuyó drásticamente el número de casos nuevos, pero el número tan elevado de pacientes con deformidades ortopédicas causadas por la poliomielitis, continuaría siendo un problema médico importante en los próximos años, haciendo necesaria una Rehabilitación ortopédica (3).

### **7.3.5. Pulmones de acero: esperanza en la afectación respiratoria severa**

La afectación respiratoria variaba en frecuencia de unas epidemias a otras, en la década de los años cincuenta aumentó respecto a años anteriores, y afectaba más frecuentemente a adultos jóvenes.

Los problemas respiratorios del paciente con poliomielitis podían ser debidos a parálisis respiratoria medular, bulbar o bulbomedular (15). En la parálisis medular se afectaba la musculatura respiratoria por lo que aparecía incapacidad para la ventilación de los pulmones. En la parálisis bulbar, los músculos de la deglución no podían mantener libre la vía de aire y quedaba obstruida por los líquidos ingeridos y las secreciones.

En estos paciente los objetivos eran mantener libre la vía de aire y facilitar el movimiento de los pulmones para que la ventilación fuera eficaz.

Mejor que la aspiración mecánica intermitente se consideraba que era el desagüe continuo por medio de ciertos dispositivos como el de Galloway y Seifert (3).

Los avances terapéuticos de los problemas respiratorios constituyeron la piedra angular en la investigación y desarrollo de modernos equipos de ventilación asistida. También supuso un salto en el discernimiento de la fisiopatología respiratoria y sus complicaciones, de tal forma que “el conocimiento de un tratamiento a fondo de las mismas, nos pondrá en condiciones de poder resolver cualquier tipo de insuficiencia respiratoria de etiología distinta” (1).

Los pacientes con afectación medular alta debían de ser colocados precozmente en un respirador, pues a medida que se iban afectando más unidades motoras, mayor era el trabajo que se exigía a las restantes, lo que las hacía más vulnerables al virus.

Existían dos grupos de respiradores artificiales, los de acción externa y los de acción interna (1). Los respiradores de acción externa a su vez podían ser de tres tipos. Un primer tipo de aparatos que actuaban sobre las paredes torácicas y abdominales como los pulmones de acero y corazas toracoabdominales. Un segundo tipo de aparatos que actuaban por el desplazamiento de las vísceras abdominales produciendo una respiración diafragmática, eran las camas basculantes. Y el tercer tipo eran unos aparatos eléctricos que actuaban sobre el nervio frénico produciendo contracciones diafragmáticas, era el denominado pulmón electrofrénico.

Los respiradores de acción interna, insuflaban el aire directamente a las vías respiratorias, bien por medio de una mascarilla, intubación o traqueotomía. Podían ser de tipo manual insuflando el aire por medio de un balón, o tipo mecanizado como los respiradores automáticos, Bang, Enström, Aga inspirator, Lundia, etc.

Atendiendo a la fisiopatología causante de la insuficiencia respiratoria, se utilizaba un tipo u otro de respirador como veremos. No obstante podemos adelantar que los de tipo tanque o pulmón de acero fueron los más utilizados.

En el **respirador de tanque o pulmón de acero**, el cuerpo del paciente excepto la cabeza estaba introducido en una cámara herméticamente cerrada. El cuello pasaba a través de un collar de goma que se adaptaba a la piel. En el interior de la cámara se producían variaciones alternativas de la presión, provocando el desplazamiento de las paredes torácicas y permitiendo el intercambio de aire pulmonar y el proceso respiratorio. Además permitía realizar un desagüe postural al poder inclinarse hasta 25 grados, el paciente podía colocarse en decúbito prono, y para realizar el aseo y la fisioterapia disponía de una campana de ajuste hermético para la cabeza, pudiéndose levantar entonces la tapa del respirador. También podían utilizarse con cualquier aparato de presión positiva, como un reanimador o un aparato de anestesia (15). En la siguiente figura vemos una sala con varios respiradores de tanque.

---

<sup>1</sup> Olaizola Sarria B. Op. Cit., p. 277-292.





El pulmón de acero hacía que en la fase negativa fueran aspiradas por el pulmón las secreciones acumuladas en las partes altas, a no ser que se eludiera el obstáculo mediante la traqueotomía (3). Era imprescindible el drenaje postural, cuando el paciente tuviera dificultad para tragar. Esto se conseguía elevando los pies de la cama para que formara un ángulo de 30 grados como mínimo con el suelo. En el caso de los niños se les podía colocar en decúbito prono con la cabeza vuelta hacia un lado.

El paciente durante su estancia en el respirador requería los cuidados posturales y de movilizaciones adecuados a la fase de la enfermedad en la que se encontrara.

El pulmón de acero planteaba problemas urológicos a los enfermos poliomielíticos porque tras la fase aguda de la enfermedad no se encontraba ningún tipo de trastorno o disfunción de la vejiga (2). Aparecían frecuentemente infecciones urinarias recurrentes y formación de cálculos secundarios a la hipercalcemia. Se

ensayaron distintos métodos para evitar la hipercalciuria, dieta pobre en calcio, ingestión de líquidos, movilización del enfermo en camas de balanceo, etc.,. Ninguno de ellos era verdaderamente eficiente y en los casos rebeldes debían llegarse a practicar intervenciones quirúrgicas como cateterismos.

El destete del pulmón de acero era un problema muy delicado donde además de la situación funcional respiratoria del paciente influía su estado psicológico (3). Era necesario realizar medidas de capacidad vital y examen radioscópico para valorar el estado funcional de la musculatura respiratoria. Si la capacidad vital estaba por debajo de 100 cc se realizaba un programa de fisioterapia respiratoria encaminado a aumentar la fuerza de la musculatura respiratoria accesoria. Cuando la capacidad era mayor de 100 cc se explicaba al paciente lo que sucedería y paulatinamente evitando el cansancio de la musculatura respiratoria se procedía al destete.

Se señalaba como un momento difícil la primera noche fuera del pulmón de acero. Aconsejaban que cuando el paciente tolerase la respiración independiente durante 12 horas sin disminución de la capacidad vital, estaba en condiciones de comenzar el destete nocturno. Se insistía repetidamente en la importancia que tenía el clima psicológico del enfermo y su alrededor en el curso de la readaptación respiratoria fuera del pulmón de acero.

Había pacientes que se volvían dependientes del respirador artificial y que Bosch Marín llamaba “pulmonards” (4). Estos enfermos cuando estaban despiertos eran incapaces de estar sin el respirador pero dormidos se podía desconectar y respiraban normalmente, su dependencia era pues psicológica. Este autor ideó con su grupo de trabajo un pulmón de acero de mecanismo hidráulico, ante las dificultades de obtener energía eléctrica las 24 horas del día. Este pulmón podía ser accionado con tres mecanismos, a mano, eléctrico e hidráulico. Un sencillo mecanismo accionado por una corriente de agua de la red del hospital, se la hacía pasar por un motor hidráulico que accionaba el fuelle del pulmón de acero.

---

<sup>2</sup> O'Connor JJ, Wiener L. JAMA 1956; 162-164. Citado en *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III: 83-84.

<sup>3</sup> Noel G, Scalais M. Journal belg de medicine phisique et rhumatologie; 1956; 11: 149-156. Citado en *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 89-90.

Los Servicios Sanitarios Centrales enviaron respiradores artificiales, conocidos como pulmones de acero a las provincias más afectadas por las epidemias, Madrid, Granada, Salamanca, Bilbao, San Sebastián entre otras (24). Además era destacable el hecho de que la “mayoría de estos respiradores habían sido fabricados por la industria nacional en muy favorables condiciones económicas, siendo su funcionamiento perfecto” (5).

Los respiradores tipo tanque presentaban dificultades para cambiar al enfermo de postura, para su aseo y ocasionaban tensiones emocionales importantes. Para evitar estos inconvenientes se ideó un aparato que sólo incluyera el tronco del enfermo, por eso se denominaban **respirador de coraza o chaqueta o toracoabdominal**.

En la fase aguda era imprescindible el respirador tipo tanque, pero posteriormente podía adaptarse el de coraza, durante el período de recuperación, cuando el paciente tenía cierta capacidad respiratoria activa, pero persistían parálisis respiratorias residuales, sobre todo si éstas se consideraban permanentes.

Existían distintos tipos de respirador de coraza, de presión positiva y negativa alternante sobre abdomen, de presión positiva sobre la parte inferior del tórax llamado tipo en cinturón de Bragg-Paul, o bien de presión negativa sobre el tórax y abdomen. Este último era el más moderno y consistía en una valva anterior o campana que se adaptaba directamente sobre el plano anterior del paciente y dejaba libre el resto del cuerpo.

Entre las principales ventajas destacaban el beneficio psicológico, la comodidad del paciente, la mejor realización del tratamiento postural y movilización y por último la posibilidad de desplazamiento del paciente.

La **cama balanceada o basculante** era un marco de acero balanceado en el plano horizontal, con los pies o bien por alto o por debajo del plano. Con estos movimientos de inclinación alternantes rítmicos, se conseguía que cuando la cabecera de la cama subía, las vísceras abdominales bajasen y así se ayudaba al descenso del diafragma y por lo tanto la inspiración. En la fase siguiente, la cabecera

---

<sup>4</sup> Bosch Marín. Op. Cit., p. 998.

<sup>5</sup> Bosch Marín. Op. Cit., p. 997.

de la cama descendía favoreciéndose la espiración por la compresión del diafragma por las vísceras. Esta cama era utilizada también para poder sacar a los enfermos del respirador más rápidamente cuando ya tenían una cierta capacidad de respiración activa y además favorecía la circulación periférica (15).

Los **respiradores electrofrénicos** se utilizaron por primera vez en 1950, en un caso grave de poliomielitis (1). Se fundamentaba en la instalación de un electrodo en el área del nervio frénico que provocaba estimulaciones del mismo para crear una respiración diafragmática. Los resultados iniciales no fueron muy alentadores, y se dejaron de usar. Pero ya entonces, se esbozaba que este problema debía de abordarse de nuevo, pues con los avances obtenidos con el empleo los marcapasos cardiacos podían aplicarse en el caso de Insuficiencias respiratorias totales. Actualmente los marcapasos frénicos son una pieza clave en el tratamiento de determinados problemas respiratorios del lesionado medular.

La *poliomielitis bulbar* era una de las formas clínicas de poliomielitis más grave y de peor pronóstico, pues se afectaba la musculatura laríngea y/o faríngea.

La terapéutica consistía fundamentalmente en mantener la vía aérea libre mediante un tratamiento postural adecuado (15). El peligro principal de estos pacientes era que la saliva, mucosidades, vómito o alimentos ingeridos pasasen al árbol respiratorio durante la inspiración por la parálisis laríngea y faríngea. Además tenían dificultad o imposibilidad para toser.

Como en circunstancias fisiológicas la vía aérea formaba un declive de unos 15° desde la boca al hilio pulmonar, era necesario invertir esta pendiente con el tratamiento postural adecuado. Para ello se colocaba en decúbito supino la cabeza inclinada entre 20 a 25° hacia abajo, además era necesario la aspiración de secreciones.

Con la afectación bulbar también se alteraba el lenguaje y se precisaba posteriormente ejercicios de para fortalecer la musculatura de lengua, paladar blando, labios y mejillas, así como ejercicios de vocalización (18).

La *parálisis bulbomedular* respiratoria era la forma de poliomielitis más grave y difícil de tratar (15). De un lado la parálisis respiratoria requería el

tratamiento en un respirador, pero la parálisis faríngea hacía que si el enfermo se colocaba en un respirador, se asfixiara con las secreciones salivares al realizar los movimientos respiratorios. Por lo tanto, era necesario realizar pasivamente los movimientos respiratorios y mantener la vía aérea libre. Para conseguir estos objetivos podían utilizarse distintos métodos.

Se podía utilizar el respirador de tanque inclinado de forma que la cabeza quedara en un plano inferior al resto del cuerpo. También podía realizarse una traqueotomía para aspirar las secreciones e introducirse al paciente en el pulmón de acero. Otras veces al paciente traqueomizado se le conectaba a un respirador artificial por presión positiva durante la inspiración, realizándose la espiración pasivamente por el retroceso elástico de pulmones y músculos, aunque con la posibilidad de realizar una presión negativa y asistir la espiración si era necesario.

La **fisioterapia respiratoria** era muy importante y se realizaban sesiones de media hora, tres o cuatro veces al día con el objetivo de eliminar las secreciones traqueobronquiales. Para ello se realizaban compresiones, percusiones suaves y vibraciones, también se le ayudaba a toser y mediante la compresión rítmica de las costillas se favorecía la espiración. Todos estos ejercicios se combinaban con el tratamiento postural que mediante la gravedad eliminaba las secreciones.

En el Centro Respiratorio para Poliomielíticos del Rancho de los Amigos en Los Angeles, se desarrolló un método sustitutivo de la respiración en los casos de debilidad o parálisis de los músculos respiratorios (1). Se denominó **respiración glossofaríngea** o respiración de rana. Mediante movimientos de los músculos de la lengua, paladar blando, faringe y laringe se introducía aire en el árbol respiratorio y luego la espiración se hacía espontáneamente. Este tipo de respiración conseguía aumentar la tolerancia respiratoria de los pacientes con debilidad respiratoria, haciendo que pudieran respirar durante períodos más prolongados sin necesidad de ayuda ventilatoria.

### **7.3.6. Resultados del tratamiento rehabilitador**

Según Johson, los resultados de la recuperación muscular podían clasificarse a los tres meses de la enfermedad, con arreglo a las categorías siguientes: a) los músculos que a los tres meses no habían recuperado el 30% de su poder funcional, constituirían el grupo de parálisis permanentes, b) los músculos que habían recuperado el 80%, no necesitarían tratamiento, excepto supervisión general periódica. El grupo c) lo formaban aquellos músculos cuya reintegración a la capacidad motora era del 30 al 75%, este grupo era el que requería una adecuada intervención terapéutica. La recuperación podría continuar, según este autor, durante los dieciocho meses siguientes (3).

Sin embargo, otros autores opinaban que hasta que no hubieran transcurrido seis u ocho meses del ataque agudo, como mínimo, no se podía precisar con certeza los músculos que quedarían definitivamente paralizados (15). El periodo de recuperación funcional se acortaba y desde el punto de vista traumatológico, estaba indicada una intervención quirúrgica más precoz. Solamente a partir de este plazo podrían realizarse intervenciones fijadoras o estabilizadoras, con las reservas condicionadas por el estado del desarrollo esquelético.

Se consideraba que la mitad de los pacientes que sobrevivían a la fase aguda de la enfermedad, con un tratamiento adecuado se recuperaban completamente (19). Un 25% de los casos quedaban con parálisis graves y al otro 25% les quedaban unas paresias leves que les permitían llevar una vida completamente normal. El tratamiento era muy costoso porque requería hospitalización inmediata y la actuación de especialistas y materiales técnicos especializados. Se calculaba que se requería alrededor de dos mil dólares por paciente (19).

Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en el Hospital del Rey los datos encontrados no coinciden con los de este estudio americano, resultando más esperanzadores. En la revisión de 261 pacientes, encontraron que se recuperaron el

80%, de estos precisaron pequeños aparatos de marcha el 24% (6). Tuvieron casi nula recuperación el 8%, murieron el 2,2%, y se dio de alta por petición familiar si la recuperación era buena, aunque no se había completado el 8,8%, no sabiendo cuál fue su estadio funcional final en estos casos.

Para Howard Rusk, pasados dieciocho meses de la fase aguda de la enfermedad era poco probable que ocurriera una recuperación posterior de la fuerza muscular (10). En términos generales se establecía que si después del periodo de reeducación muscular, la fuerza permanecía en cero, el pronóstico era malo. Si la clasificación y función muscular aumentaba gradualmente de cero a los grados siguiente, el pronóstico para recuperar la fuerza era bueno. Sin embargo si la clasificación muscular permanecía en el grado 3 durante un mes, lo más probable era que no se normalizara. Aconsejaba que después de un año de reeducación muscular adecuada, carecía de utilidad continuar con este aspecto del tratamiento, y ya podía considerarse que la debilidad de los músculos sería permanente.

Dado que no existía ningún recurso terapéutico capaz de oponerse a la neuronofagia del virus poliomiélfítico, los principios del tratamiento físico debían ir dirigidos a la restauración integral motriz de los músculos cuyas neuronas habían sido sólo parcialmente afectadas.

Pese a tan limitada aspiración, se sostenía que se podían dar por satisfechos si se conseguía este objetivo, que suponía la recuperación social de una inmensa mayoría de poliomiélfíticos (3).

Respecto a la eficacia del tratamiento preventivo de las deformidades destaca el trabajo de Lenhard, en 1950 con motivo de una epidemia de Maryland de 499 casos. Se comparaban dos grupos de pacientes tratados con métodos distintos, un grupo de 150 pacientes fue tratado sin fisioterapia y otro también de 150 pacientes con fisioterapia. Se observó que en el grupo de pacientes que no recibieron

---

<sup>6</sup> Torres Gost J, Figueroa Echea D, Salvia Torres D, Oncina Gomis J. Resultados del tratamiento fisioterápico del poliomiélfítico agudo en el Hospital del Rey, de Madrid. *Acta Fisioterápica Española* 1961; VI: 51-55.

tratamiento preventivo quedaron 35 con deformidades, mientras que en el segundo sólo 19 casos (3).

Los datos aportados por Carrel, autor norteamericano, coinciden con el estudio anterior demostrándose que los casos tratados con asistencia ortopédica presentaban menos deformidades que los no tratados (2). Exponía que los niños de más de 8 años progresaban el doble en su recuperación que los menores de 3 años, y que los tratados en las cinco primeras semanas de la enfermedad alcanzaban mayor grado de mejoría que los que comenzaron el tratamiento más tardíamente. También destacaba que la terapéutica en piscina fue doblemente eficaz que la realizada con ejercicios ordinarios. Todos estos datos corroboraban la correcta práctica clínica llevada a cabo en nuestro país, sobre un colectivo de poliomielíticos que a finales de los años sesenta se estimaba que era de 30.000 personas (7).

### **7.3.7. Aspectos psicológicos del niño poliomielítico**

Los médicos rehabilitadores consideran un aspecto de mucho interés dentro del plan terapéutico, los aspectos psicológicos derivados de la poliomielitis en el niño. Dependiendo de la edad en que afectara la enfermedad, la repercusión psicológica iba a ser muy distinta. En los niños, no existía una plena conciencia de la gravedad de su mal, y su entrega al tratamiento solía ser absoluta ante el deseo de vivir y recuperarse, en general eran buenos colaboradores en el tratamiento. El hombre adulto en estado de madurez, veía como su vida se partía por la enfermedad, pero solían ser buenos colaboradores cuando tenían plena conciencia de su responsabilidad social y civil, de sus deberes y sus derechos. En la etapa final de la vida, todos los procesos invalidantes adquirían mayor preponderancia, psicológicamente tenían tendencia a la indiferencia y conformistas con su destino con lo que solían ser pésimos colaboradores al tratamiento.

---

<sup>7</sup> Blanco Argüelles M. Necesidad de centros de Rehabilitación y ortopedia para niños. *Rehabilitación* 1972;6: 249-252.



El problema del niño inválido por defecto motor fue estudiado por Sales-Vázquez, jefe del departamento de Rehabilitación de poliomielitis del Hospital Clínico de Barcelona (8). Este autor señalaba que la postura del niño frente a la enfermedad dependía de la personalidad premórbida, de la reacción familiar, de la situación ambiental que le rodeaba y de los frecuentes trastornos de la imagen corporal que aparecían en niños con limitaciones del movimiento.

Sales-Vázquez observó actitudes de inhibición, irritabilidad, desorientación y agresividad, y muy frecuentemente aparecían signos de regresión a etapas menos diferenciadas y cronológicamente anteriores. También señalaba que el núcleo familiar ocupaba un puesto preponderante para que el niño inválido establezca una adecuada relación entre su yo y el mundo (9). El tratamiento una vez detectado un problema en el niño debía de incluir también a los padres y a los familiares más directos.

Durante los periodos de hospitalización no se debía aislar al paciente de su vida familiar (10). Se debía de proteger el desarrollo psicológico, moral e intelectual del niño, de las influencias negativas ejercidas por su insuficiencia física. Para ello se le debía de rodear de un ambiente seguro y agradable, proporcionándole juegos, competiciones y formación escolar (11).

\*\*\*\*\*

No cabe duda de que la Rehabilitación jugó un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes con poliomielitis. Pero también podemos afirmar lo contrario, el empuje que propició esta enfermedad en una disciplina médica que se estaba desarrollando. Por un lado, dio lugar a que aparecieran nuevas técnicas terapéuticas como los fomentos, y se desarrollaran otras ya existentes como la

---

<sup>8</sup> Sales-Vázquez R. Los factores psico-bio-sociales de la invalidez. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 75-97.

<sup>9</sup> Sales-Vázquez R, Ballus Pascual C. Los problemas psicosociales en poliomielitis y sus principios asistenciales. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 136-151.

<sup>10</sup> Anónimo. Aspectos sociales de los poliomielíticos en Italia. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 57-8.

hidroterapia. Además, necesitaba que el personal que realizara y dirigiera estas técnicas estuviera especializado en ellas, potenciando así que la actividad de un grupo de médicos y otros profesionales sanitarios tuviera mayor solidez.

Y por último, es imprescindible señalar que el paciente con parálisis neuromuscular e insuficiencia respiratoria, como ocurre en la poliomielitis, planteaba uno de los problemas más complicados en la Medicina de Rehabilitación. En este enfermo se necesitaba atender no sólo la función vital de la respiración, sino también los sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, urológico y digestivo, además de los problemas psicológicos. Por esto los pacientes con poliomielitis se pueden considerar el prototipo del enfoque del tratamiento en enfermedades incapacitantes crónicas del aparato locomotor. El tratamiento utilizado en estos pacientes ha servido de base para su aplicación en otros pacientes, como ha sido el caso de los lesionados medulares.

---

<sup>11</sup> Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I(1): 33-37.

## 7.4. LA LLEGADA DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA

“La única medida realmente eficaz contra la poliomielitis es la profilaxis con las vacunas específicas” (1).

Frente a una enfermedad infecciosa como la poliomielitis, el único tratamiento efectivo era la vacuna. Por este motivo, con el inicio en el ámbito mundial de las epidemias de poliomielitis, comenzaron las investigaciones en torno a un posible antídoto o vacuna.

A principios de la década de los cincuenta, ya se habían ensayado dos vacunas (2). La primera vacuna fue en EEUU, por Kolmer y Rule, que en 1935 prepararon una vacuna con virus inactivados que era una suspensión de médula espinal de mono poliomielítico tratada con ricinoleato sódico que inactivaba al virus. Se vacunaron a 10.725 personas, pero aparecieron 22 casos de la infección entre los vacunados, por lo que la Sanidad pública estadounidense ordenó suspender el empleo de la vacuna. Se pensaba que el motivo de la infección entre los vacunados, era que podía existir cierta cantidad del virus activo en el interior de la vacuna.

En esta misma época, Broddie y Park, emplearon una vacuna realizada a base de una suspensión de médula espinal de mono tratada con formol (2). Se vacunaron alrededor de 3000 personas y ninguna sufrió la enfermedad. Pero como se emplearon las dos vacunas, durante el mismo periodo histórico, al prohibirse la vacuna de Kolmer también se prohibió la de Broddie.

Posteriormente, se continuaron las investigaciones y se descubrieron dos tipos de vacunas, preparadas a base del virus multiplicado en cultivos celulares de riñón de

---

<sup>1</sup> *Estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomielitis. Campaña Nacional de Vacunación antipoliomielítica por vía oral.* Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, Madrid 1963. p.15

<sup>2</sup> Clavero G, Pérez Gallardo F. Epidemiología de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española*; 106:1169-1194.

mono (3). Por fin, Salk preparó una vacuna antipoliomielítica con virus muertos y abrió una puerta a la esperanza. La vacuna con virus muertos, llamada también tipo Salk o inactivada, por el aldehído fórmico, se comenzó a utilizar en 1954, con tres dosis primarias y tres dosis de refuerzo, pese a su inmunidad transitoria, de pocos años, fue muy útil y obtuvo una importante disminución de la morbimortalidad poliomiélica (4). Poco a poco fue sobrepasada en sus éxitos por la vacuna del virus atenuado de tipo Sabin. Esta nueva vacuna se usaba en tres dosis a intervalos de un mes, empleando la vía natural de entrada del virus, es decir la digestiva. Además determinaba una producción de anticuerpos más duradera y mayor, y una inmunidad local digestiva, por estas razones es todavía la que se emplea actualmente.

La vacuna de Sabin, realizada a base de virus vivos atenuados que no causaban ningún síntoma de enfermedad y se administraba por boca.

“La vacuna de Sabin era una suspensión de virus poliomiélicos avirulentos que tenían la capacidad de reproducirse en el intestino del ser humano, sin producir síntomas de enfermedad, dejando al individuo defendido contra futuros ataques de los virus poliomiélicos patológicos” (5).

La vacuna de Sabin se administraba por boca, en forma de gotas incorporadas a un terrón de azúcar, con una cucharada de líquido, en un vaso de leche fría, etc. Se debía suministrar en dos tomas, separadas entre sí por un intervalo de cuatro a seis semanas, para tener la seguridad de que los tres tipos de virus de la polio existentes, hubieran tenido la oportunidad de reproducirse en el intestino. Otra pauta era hacer tres tomas monovalentes, es decir que cada una de ellas contuviera un solo tipo de virus, y separadas entre sí por tres semanas. Mientras que la vacuna de Salk necesitaba cuatro inyecciones parenterales. Las dos primeras separadas entre sí por cuatro semanas, la tercera, de seis a ocho meses más tarde y la cuarta un año después

<sup>3</sup> *Estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomiélitis. Campaña Nacional de Vacunación antipoliomiélica por vía oral.* Ministerio de la Gobernación. Dirección general de Sanidad. Madrid 1963.

<sup>4</sup> Arbelo Curbelo A. Poliomiélitis. En: Arbelo Curbelo A. *Pediatría Preventiva Antiinfecciosa en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “La Paz”. Clínica Infantil, 1966; 135-147.

<sup>5</sup> *Estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomiélitis. Campaña Nacional de Vacunación antipoliomiélica por vía oral.* Ministerio de la Gobernación. Dirección general de Sanidad. Madrid 1963; p. 24.

de la tercera. La duración del programa individual de vacunación con la de tipo Salk era pues muy prolongado. Proporcionaba la inmunidad mucho más rápidamente que la vacuna de Salk, considerándose que al cabo de una semana de su administración el individuo quedaba defendido contra el tipo o los tipos de virus que le hubieran sido administrados. En la figura siguiente podemos ver unos niños tomando la vacuna tipo Sabin con el terrón de azúcar.



La vacuna tipo Sabin proporcionaba un tipo de inmunidad humoral, mediante la producción de anticuerpos en sangre, y además provocaba inmunidad intestinal a la reinfección con virus, eliminándose a sí la posibilidad de que el sujeto se convirtiera en un portador asintomático. Al irse suprimiendo así eslabones de la cadena de contagio, se conseguiría la eliminación del virus, y por lo tanto, la desaparición de la polio como enfermedad.

Por el contrario, la vacuna tipo Salk sólo provocaba inmunidad sanguínea pudiéndose el sujeto convertir en portador asintomático al contactar de nuevo con los virus. El virus no provocaba síntomas clínicos pero sí se replicaban en el tubo digestivo y se eliminaban por las heces, por lo que no se eliminaba el peligro de la aparición de epidemias, al poderse infectar por los virus de estos portadores asintomáticos la población no vacunada.

Se aconsejaba administrar la vacuna tipo Sabin en campañas colectivas porque así se inmunizaba simultáneamente a una gran cantidad de sujetos, se hacía su intestino resistente a la reinfección y se podría conseguir la eliminación de los virus patógenos al no encontrar éstos terreno favorable para su reproducción.

Las posibles complicaciones de la vacunación antipolio oral podían ser por secuelas específicas como la parálisis postvacunales condicionadas por el virus y, secuelas no vacunales de tipo inespecífico (4).

Todavía en 1960, el Comité de Expertos de poliomielitis de la OMS exponía que todavía debían de realizarse más investigación antes de llegar a unas conclusiones definitivas sobre la eficacia a largo plazo de la vacuna tipo Sabin (6).

A pesar de estas recomendaciones de la OMS, en 1963, se había conseguido emplear la vacuna oral en campañas nacionales en la mayor parte de los países europeos: Alemania Occidental, Austria, Bélgica, Checoslovaquia, Dinamarca, Hungría, Inglaterra, Irlanda, Polonia, Rumania, Suiza, Unión Soviética y Yugoslavia. Italia tenía prevista la realización de su campaña masiva en este año, y Suecia, Grecia y Portugal también la tenían proyectada.

Dada la experiencia alcanzada en algunos países europeos y en EEUU, se sabía que la consecuencia inmediata tras la vacunación, era un espectacular descenso del número de casos de parálisis. En España, fue en 1958 cuando se comenzó a luchar contra la enfermedad con la prevención. Se comenzaron campañas de vacunación de carácter limitado con la vacuna inactivada tipo Salk, por la dirección General de Sanidad, Seguridad Social y Sanidad Municipal (7). En 1958, en la provincia de Cádiz, endémica de poliomielitis, se llevaba a cabo una campaña de vacunación voluntaria con la vacuna Salk (8). Se vacunaron unos 5.000 niños y sólo

<sup>6</sup> Comité de Expertos en poliomielitis. Tercer informe. Org. Mund. Salud. Inf. Tecn. 1960, 203. Ginebra.

<sup>7</sup> Piédrola Gil G, Cortina Greus P. Enterovirus. Concepto. Poliomielitis epidémica. Recuerdo histórico y etiopatogénico. Epidemiología. Medicina preventiva. Vacunación. Lucha contra la poliomielitis. En: Pumarola Busquets A, Piédrola Gil G, González Fuste F, Del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Piédrola Angulo G y cols. *Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad ambiental*. Tomo I. VII Edición Madrid: AMARO. Ediciones, Publicaciones, 1983; 537-552.

<sup>8</sup> Aristoy F. Epidemiología de la poliomielitis en España. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis* (Madrid 28-30 septiembre 1958). Madrid: Publicaciones al Servicio del

aparecieron tres casos de poliomielitis benigna achacados a que todavía la vacuna no había tenido tiempo de obrar.

Posteriormente, en la primavera de 1963, se hizo una prueba piloto y se vacunaron a 113.000 niños de las provincias de Lugo y León, entre los niños desde dos meses de edad hasta los siete años, pero ya se utilizó la vacuna inactivada tipo Sabin, por recomendación de la DGS (3,9). En 1963, la DGS publicó un informe sobre el estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomielitis (5). En él se exponía las ventajas que aportaba la vacuna Sabin sobre la de Salk, por lo que se recomendaba la vacuna con virus atenuados. En primer lugar, se sabía que la vacuna atenuada producía resistencia intestinal que rompía así la cadena de contagio y la difusión de los virus poliomielíticos. Además, producía rápidamente la inmunidad, y se administraba muy fácilmente por vía oral. Por último, su empleo en caso de epidemia conseguía detener el desarrollo de la misma.

Los inconvenientes de la vacuna tipo Sabin planteaban, se reducían al hecho de que la reproducción de uno de los tipos de virus que constituían la vacuna podían dificultar la de otro. Para obviar este inconveniente se administraban dos dosis de vacuna, y se aconsejaba la administración de la vacuna en épocas del año en que fuera escasa la presencia y difusión de otros virus intestinales como ECHO y Coxsackie.

En el citado informe de la DGS, también se exponía que la vacuna atenuada era totalmente inofensiva, “se ha administrado a 350 millones de seres humanos del mundo entero sin que hayan aparecido complicaciones dignas de tenerse en cuenta” (10). En los casos que no tuvo efectividad se explicaba porque en algunas personas la vacuna se administró en el periodo de incubación de la enfermedad por lo que ésta no pudo hacer efecto. Para la vacuna tipo Salk, había que tener precaución en los sujetos alérgicos a los antibióticos.

---

niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 16-22.

<sup>9</sup> Mezquita López M. *Evaluación de los resultados de la primera Campaña de vacunación oral contra la poliomielitis en España*. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1965.

Como contraindicaciones de las vacunaciones, se consideraba que no debía administrarse la vacuna en sujetos con enfermedades febriles agudas o fueran a su sufrir o hubieran sufrido en fecha reciente una intervención quirúrgica del tipo amigdalectomía, o se encontraran en tratamiento con corticoesteroides (3).

También se aconsejaba en dicho informe, revacunar a los que habían recibido la vacuna tipo Salk, porque ésta no producía resistencia intestinal y el sujeto vacunado con ella podía continuar siendo portador de los virus poliomielíticos. De igual modo, se aconsejaba vacunar a los pacientes que hubieran padecido polio, ya que existían tres virus distintos que podían provocarla, y el haber sufrido la infección por un tipo de virus no inmunizaba respecto a los dos restantes.

La vacuna de la poliomielitis tenía la ventaja de poder administrarse simultáneamente con otras vacunas como la de la difteria, tétanos, tos ferina y tifoidea. Aunque, debía de dejarse un intervalo entre cuatro a seis semanas, para administrarse otras vacunas de virus vivos como la de la viruela o la de fiebre amarilla.

El coste de la vacuna era gratuito para los niños en los centros especialmente habilitados para ello, haciéndose cargo de su coste la Dirección General de Sanidad (3).

Finalmente, en España, la campaña nacional de vacunación, comenzó en 1964 y se hizo con la vacuna atenuada tipo Sabin por vía oral. Se inmunizó a todos los niños de dos meses a siete años de edad, vacunándose el 95% del grupo seleccionado. Los resultados fueron muy demostrativos, pues de los 1.954 casos declarados en 1963, se pasó a 195 casos en 1964.

Posteriormente, a partir de 1965, la vacuna antipoliomielítica se asoció con las campañas de vacunación de la vacuna triple vírica, antidiptérica, antitetánica, y antitosferina. En este mismo año, algunos autores comentaban que la polio era ya una

---

<sup>10</sup> *Estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomielitis. Campaña Nacional de Vacunación antipoliomielítica por vía oral.* Ministerio de la Gobernación. Dirección general de



enfermedad erradicada en España (11). Se argumentaba que en 1963 había 1.954 casos nuevos, mientras que de enero a septiembre de 1964, sólo se habían declarado 172 casos. Se decía que los resultados eran estadísticamente tan buenos que se había de proclamar oficialmente que el país ya se hallaba en el camino de la erradicación de tan horrible mal. Exponían que las causas de la “erradicación” de la poliomielitis en España eran, en primer lugar a la práctica en masa de la vacunación tipo Sabin oral, y en segundo lugar, a la vacuna tipo Salk (4).

Además, la facilidad de la vía de administración de la vacuna, junto a su carácter gratuito y sobre todo la “adecuada preparación psicológica de los padres”, hizo posible la vacunación de la casi totalidad de la población infantil. No obstante, Arbelo consideraba necesario recordar a los padres, mediante los medios de difusión, la práctica de la vacuna y la revacunación acudiendo a la consulta del pediatra. Este autor además señalaba el hecho tan relevante de que en poco tiempo se habían erradicado dos enfermedades importantes. La primera el paludismo, con la simple norma sanitaria de la destrucción del mosquito vector del agente causal, mediante el insecticida DDT o sus derivados, y la segunda, la poliomielitis mediante la vacunación con virus atenuados por vía oral.

A consecuencia de estas campañas de vacunación contra la poliomielitis, se redujo mucho la morbilidad y mortalidad en los grupos de riesgo en España. Pero no se pudo hablar de enfermedad erradicada, hasta 1988 cuando se declaró el último caso de la enfermedad en Almería (12). Pero todavía hoy, no se ha conseguido la erradicación mundial de la enfermedad y es necesario continuar con los programas de vacunación continuada de la población infantil para acabar con esta enfermedad (13).

\*\*\*\*\*

---

Sanidad. Madrid 1963. Op. Cit., p.29.

<sup>11</sup> Belaustegui A, Arbelo A. La poliomielitis en España, enfermedad erradicada. *Referata pediátrica* 1965; V: 11-119.

<sup>12</sup> Verdugo MA. Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En: Miguel Angel Verdugo Alonso(dir). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. 1ª edición, Madrid: Siglo Veintiuno editores, SA. 1995. 1-35.

Acabamos de ver que fue en el año 1964, cuando en España se disminuyó drásticamente el número de casos declarados de poliomielitis. La causa de este hecho fue la introducción de la vacunación y las campañas de educación sanitaria de la población. Se consiguió que se vacunaran la mayor parte de los niños entre dos meses y quince años, con la vacuna tipo Sabin, disminuyéndose espectacularmente el número de caso, hasta llegar a 1988 cuando se declaró el último caso de poliomielitis conocido en España.

---

<sup>13</sup> La OMS pide un último esfuerzo frente a la poliomielitis. *7 Días Médicos*; 12-II-99, nº 392: 26-27.

## **8. A MODO DE EPILOGO**

## 8. A MODO DE EPÍLOGO

Durante la década de los cincuenta y sesenta, en España, las principales enfermedades capaces de producir invalidez eran las parálisis de origen neurológico y dentro de éstas, a la cabeza estaba la poliomielitis, también el reumatismo, las infecciones osteoarticulares, las deformidades congénitas del aparato locomotor y los cada vez más frecuentes traumatismos ocasionados por accidentes laborales y de tráfico, entre otros (1).

La poliomielitis era una enfermedad en la que existía una afectación nerviosa que se manifestaba en el aparato locomotor. Como no existía un tratamiento curativo, la asistencia recibida era la ofrecida por la llamada por la OMS, cuarta fase de la Medicina, es decir se beneficiaba de los cuidados rehabilitadores. En este sentido, el binomio Rehabilitación-poliomielitis funcionó como un circuito de retroalimentación. La Rehabilitación benefició a los enfermos con poliomielitis, pero a su vez ésta propició una mayor consolidación de esta actividad especializada.

En este sentido, podemos afirmar que la poliomielitis impulsó a la Rehabilitación en España durante la década de los años cincuenta y sesenta. La Rehabilitación de los poliomielíticos era considerada como dos partes inseparables de un todo, por un lado los aspectos sociales y por otro los médicos (2). Entre los factores sociales se incluían el coste y duración del tratamiento, educación primaria o más elevada o profesional, readaptación profesional, etc. Se denunciaba el hecho que no existía ninguna organización en nuestro país que recogiera y atendiera este gran contingente de niños inválidos.

---

<sup>1</sup> Viladot A. La cirugía ortopédica en la Rehabilitación del inválido. En: *Rh del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.

<sup>2</sup> Sanchís Olmos. Rehabilitación. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 157-156.

Dentro de los aspectos médicos no había que olvidar el hecho de que “en la Rehabilitación del poliomielítico no se puede separar la cirugía, de la ortopedia, de la fisioterapia y de la reeducación, (...), pensando en la edad o en relación con el momento del ataque” (3). La Rehabilitación de estos pacientes debía ser una labor integrada y coordinada de todos estos especialistas.

José B. Cibeira, en Argentina, escribía en su libro sobre Bioética y Rehabilitación, que

“La poliomielitis enseñó a los argentinos la necesidad de la Rehabilitación. En aquel tiempo no había médicos especialistas en el país; fueron los cirujanos ortopedistas quienes vislumbraron esa carencia al no poder cubrirla dentro de su disciplina, y enviaron algunos médicos a formarse en el extranjero. Antes de la década de los 60, se la consideraba un proceso social, pero no la especialidad médica encargada del tratamiento del sistema neurolocomotor. En 1959, el Instituto Nacional de Rehabilitación fue transformado totalmente, comenzando con el tratamiento no sólo de los enfermos con poliomielitis sino de los afectados por cualquier tipo de patología del aparato locomotor y dolencias concomitante, habiéndose iniciado ya el tratamiento de algunos pacientes con lesiones medulares” (4).

En EEUU, las epidemias de poliomielitis también aceleraron el desarrollo de la medicina de Rehabilitación (5,6). En contraste con la medicina tradicional que focalizaba su atención en la curación y reparación de los órganos enfermos, en la medicina de Rehabilitación se enfatizaba en la reconstrucción de la función y en el aprendizaje de las habilidades necesarias para llevar una vida independiente. Los principios que se desarrollaron para el tratamiento de los pacientes con polio, varias décadas después son los que usamos para la rehabilitación de personas con lesiones espinales, cerebrales y degenerativas.

<sup>3</sup> Sanchis Olmos. Rehabilitación. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 152-159.

<sup>4</sup> Cibeira JB. La Rehabilitación como especialidad del aparato locomotor. En: Cibeira JB. *Bioética y Rehabilitación*. Buenos Aires: El Ateneo, 1997; 100.

<sup>5</sup> Halstead L. Pos-polio syndrome. *Scientific American* 1998; april: 36-41.

<sup>6</sup> Delisa JA, Currie DM, Martin GM. Rehabilitation medicine: past, present and future. Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998; 3-32.

Las unidades de cuidados intensivos, tan necesarias en los actuales hospitales, son también otro legado de la era de las epidemias de poliomielitis (7). Los centros de respiración asistida, con los conocidos pulmones de acero, fueron creados para el tratamiento de los pacientes poliomielíticos con afectación bulbar fundamentalmente. En EEUU, algunos de esos centros han sobrevivido y se utilizan para los cuidados de los lesionados medulares.

Las epidemias de poliomielitis trajeron importantes aportaciones al mundo de la Rehabilitación y Medicina Física, entre las que destacamos las siguientes(6).

En primer lugar, la poliomielitis ayudó en el aprendizaje acerca de la patogénesis de las deformidades musculoesqueléticas y su repercusión funcional. La falta de actividad muscular, ya sea por parálisis nerviosa central o periférica, o patología muscular, en definitiva por falta de uso de la musculatura, iba a condicionar unas deformidades similares en todos los casos. Por este motivo, los avances realizados en los conocimientos sobre las consecuencias y repercusiones funcionales del daño del sistema nervioso, fueron muy útiles para aplicarlos en los cuidados de otros pacientes con daño neurológico como los lesionados medulares, hemipléjicos y en el daño cerebral traumático.

De otro lado, las severas discapacidades originadas por la poliomielitis, tuvieron gran influencia en el desarrollo del concepto de metas funcionales para estos pacientes. El objetivo, en estos pacientes, ya no era la curación de la enfermedad, sino conseguir la máxima capacidad funcional posible para que el paciente pudiera realizar las tareas cotidianas y conseguir la mayor independencia posible. Esta idea enlaza con la expuesta por la OMS, la Rehabilitación como cuarta fase de la Medicina.

La poliomielitis potenció que se desarrollaran los métodos de valoración muscular, imprescindibles para realizar un seguimiento y evaluación del estado

---

<sup>7</sup> Halstead L. Pos-polio syndrome. *Scientific American* 1998; april: 36-41.

funcional de los músculos afectados. Esta valoración funcional muscular y la prescripción del tratamiento adecuado, propiciaron el desarrollo de los conocimientos de la anatomía funcional y la retracción muscular, que constituyen la piedra angular en la medicina física. La Fundación Nacional para la Parálisis Infantil puso a punto una escala de valoración muscular que todavía tiene gran difusión y aplicabilidad actualmente.

A consecuencia de las parálisis y paresias musculares, ocasionadas por la afectación de la segunda motoneurona, se aumentaron los conocimientos sobre las ayudas ortésicas. Esto fue debido a que se prescribieron cientos de estas ayudas, para suplir a músculos con debilidad parcial o total de su función. Por lo tanto favoreció el avance en los conocimientos de Ortoprotésica y también de Terapia Ocupacional, porque los terapeutas ocupacionales eran los encargados de fabricar las ortesis y adaptar las ayudas del miembro superior.

Debido a la afectación respiratoria en la poliomielitis, se desarrollaron nuevos conocimientos y tratamientos dedicados a la lesión respiratoria. Es el caso de los pulmones de acero, los estimuladores del nervio frénico, las camas basculante, los cinturones de presión abdominales, entre otros, que fueron incorporados al tratamiento de otros pacientes con problemas respiratorios similares como es el caso de los tetrapléjicos.

Y por último, podemos manifestar que con la planificación del tratamiento rehabilitador en la polio, se hizo necesaria la formación de un equipo de profesionales dedicados al tratamiento de estos niños. Estaba constituido por especialistas médicos como los pediatras, los neurólogos, los cirujanos ortopedas y el rehabilitador, y además, el personal paramédico constituido por el terapeuta ocupacional, el fisioterapeuta, el logopeda y la enfermera de rehabilitación.

## **V.- CONCLUSIONES**



## **V.- CONCLUSIONES**

1. Entre los años 1949 y 1969, es posible detectar en España la presencia de un colectivo de médicos, que defendieron la necesidad de llevar cabo una actividad asistencial de carácter especializado en el ámbito de la Rehabilitación. Así mismo, contribuyeron a delimitar sus contenidos científicos y su cuerpo de doctrina.
2. Entre los argumentos esgrimidos en favor de la consolidación de la Rehabilitación como nueva actividad médica especializada, hemos encontrado de carácter social, económico y derivados de la aparición de las epidemias de poliomielitis. En el ámbito social, destacó la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, en la que todos los hombres tenían derecho a un nivel de vida adecuado, que asegurara su salud y bienestar, incluso si caían en situación de invalidez.
3. Los argumentos económicos fueron los que calaron más hondo en el ámbito gubernamental, porque se planteaba que el inválido tenía la responsabilidad de contribuir con sus servicios al bienestar económico de la nación, siempre que le fuera posible.
  - ◆ Este hecho, junto a la mayor sensibilización social hacia el creciente número de inválidos, provocó que se pusieran en marcha desde el Estado una serie de actuaciones en el ámbito de la Rehabilitación en forma de Luchas Sanitarias y Patronatos.
  - ◆ No obstante, fue finalmente en 1963, con la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuando se consiguió la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en el Sistema Sanitario Español.

4. La irrupción de la poliomielitis, representó un factor positivo tanto para el desarrollo como para la institucionalización de los saberes y prácticas en el campo de la especialidad.
5. La actividad rehabilitadora en España durante el periodo estudiado (1949-1969), era entendida por los médicos, como la respuesta de la medicina a la invalidez, para conseguir la restauración del individuo incapacitado a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica posible. No obstante, esta actividad se centró fundamentalmente en la aplicación al inválido de los aspectos terapéuticos físicos y trató escasamente los aspectos más sociales de la especialidad.
6. Durante las epidemias de poliomielitis en España, entre los años 1950 y 1963, se terminaron de poner a punto técnicas terapéuticas y evaluadoras, aspectos duales de la Rehabilitación, que conforman rasgos distintivos en el campo de esta nueva disciplina. En el ámbito de la evaluación, destacaron las pruebas de valoración funcional muscular, y en el terapéutico, el inicio en la utilización de los fomentos y el desarrollo de la técnicas de reeducación muscular, entre otros.
7. De otro lado, la demanda social originada a consecuencia de las epidemias de poliomielitis, propició la creación de una nueva organización e institucionalización en torno a la Rehabilitación de estos pacientes. Esto permitió la sistematización de la formación del personal especializado, y la creación de una infraestructura tanto de recursos humanos como de instalaciones relacionadas con esta disciplina.
8. La poliomielitis no fue el detonante que motivó la aparición de una nueva especialidad médica, pero sí facilitó que se desarrollaran al tiempo técnicas terapéuticas y evaluadoras específicas de la Rehabilitación. E incluso favoreció que un colectivo de médicos se dedicara específicamente a los cuidados de reeducación y readaptación de los niños, constituyendo el germen de lo que actualmente comienza a conocerse como una supraespecialidad: la Rehabilitación infantil.

## **VI.- BIBLIOGRAFIA**

## VI.- BIBLIOGRAFIA: FUENTES

- ∞ Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298.
- ∞ Almeida SA. Razones y problemas de la terapéutica física de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I:11-29.
- ∞ Alvaro López. Estado actual del tratamiento de la poliomielitis. Conferencia pronunciada en la V reunión de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Levante. Colegio Oficial de Médicos de Cuenca 1960.
- ∞ Alzamora Albéniz A. Aspectos médicos de la Rehabilitación. *Anales de Medicina*, 1965; suplem 1: 40-50.
- ∞ Angulo Pinto P. El servicio social en la Rehabilitación del inválido. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 40-44.
- ∞ Angulo Pinto P. La Medicina Física en Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 15-18.
- ∞ Anónimo. Aspectos sociales de los poliomielíticos en Italia. *Acta Fisioterápica Española* 1956; I: 57-8.
- ∞ Anónimo. Nuestras instituciones: el Hospital del Niño Jesús de Madrid. *Acta Pediátrica Española* 1951; 108: sin página.
- ∞ Anónimo. Sociología y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 69.
- ∞ Anónimo. Terapéutica y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 50-66.
- ∞ Antero Noailles, Oliver F. *Clínica de la poliomielitis*. III Jornadas Médicas aragonesas. Ponencia sobre poliomielitis. Zaragoza: Institución Fernando el Católico (C.S.I.C.), 1958; 23-33.
- ∞ Arbelo Curbelo A. Poliomielitis. En: Arbelo Curbelo A. *Pediatría Preventiva Antiinfecciosa en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz". Clínica Infantil, 1966; 135-147.
- ∞ Arce G. Clínica de poliomielitis anterior aguda. *Acta Pediátrica Española* 1951,106:1195-1224.

- ∞ Arce G. Formas clínicas de la poliomiélitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106:1225-1245.
- ∞ Aristoy F. Epidemiología de la poliomiélitis en España. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomiélitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 16-22.
- ∞ Armayor AF, Nieto Otero M. Valoración electromiográfica en la poliomiélitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomiélitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 23-25.
- ∞ Arriaga V. Síntesis de recientes conocimientos sobre poliomiélitis. *Acta Pediátrica Española* 1955; 145: 1-12.
- ∞ Ballester Hoys A. Revisión del concepto de Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Española* 1965; X: 57-61.
- ∞ Barnosell F, Baldocki EC, Broggi M, Soler Bachs J. Fisiopatología del pie equino poliomiélico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV:11-17.
- ∞ Barnosell F. Escoliosis poliomiélicas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III:11-34.
- ∞ Barnosell F. Fisiopatología clínica de la circulación periférica en la poliomiélitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomiélitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 26-38.
- ∞ Barnosell F. La poliomiélitis en los EEUU de América. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 63-85.
- ∞ Barnosell F. Recuperación funcional de las parálisis poliomiélicas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I:19-58.
- ∞ Barraquer Ferré L. *Parálisis infantil (poliomiélitis anterior aguda)*. Barcelona: Modesto Uson, 1945.
- ∞ Bastos Ansart M. *Tratamiento de las secuelas de la polio*. III Jornadas médicas aragonesas, Zaragoza 1958.

- ∞ Bataller Salles J. Cómo podemos ayudar a los niños físicamente incapacitados. *Acta Pediátrica Española* 1958;190: 727-731.
- ∞ Belaustegui A, Arbelo A. La poliomielitis en España, enfermedad erradicada. *Referata pediátrica* 1965; V: 11-119.
- ∞ Berg R. *La lucha contra la poliomielitis*. Buenos Aires: Nova, 1949.
- ∞ Bermejillo. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 56-59.
- ∞ Bernáldez Sarmiento P. La Rehabilitación en el hospital. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 73-84.
- ∞ Bismarck Lucero. La vacunación contra la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 157: 59-66.
- ∞ Blanco Argüelles M, Vázquez González C. Balance muscular del poliomielítico. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 1041-1045.
- ∞ Blanco Argüelles M. La Rehabilitación. Fundamentos y técnica. Su necesidad social. *Rev. Esp. Rehabilitación del aparato locomotor* 1961; I: 164-170.
- ∞ Blanco Argüelles M. Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 20-21.
- ∞ Blanco Otero M. Rehabilitación del niño con deficiencia física. *Rehabilitación* 1968;2: 353-360.
- ∞ Bosch Marín J, Bravo E. Aportación de España a la lucha contra la poliomielitis. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 445-51.
- ∞ Bosch Marín J. El valioso arte de la rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1963; VIII (2): 27-32.
- ∞ Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 984-1026.

- ∞ Bosch Marín. Conferencia del Doctor Bosch Marín. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:19-46.
- ∞ Bosch Marín. Mil casos anuales de poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1958;191:64-65.
- ∞ Bosch-Marín. Progresos sanitarios en 1956. Charla para Radio Nacional de España en su emisión para América. *Acta Pediátrica Española* 1957; 169: 51-53.
- ∞ Bravo E. *Cuestiones médicas y sociales que plantea la organización de un Centro de Rehabilitación de niños afectados de enfermedad motriz*. Madrid: Servicios de Protección Maternal e Infantil, Dirección General de Sanidad, 1958.
- ∞ Bravo. Aspectos administrativos y sociales de la rehabilitación. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 299-304.
- ∞ Brieva E. *Cómo educar: poliomielíticos, débiles mentales, espásticos*. Buenos Aires: Médico Quirúrgica, 1959.
- ∞ Cibeira JR. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II(1): 29-38.
- ∞ Circular 28 agosto 1916 (Mº Gobernación G. 30). Reglas para evitar la invasión de poliomielitis.
- ∞ Clavero G, Pérez Gallardo F. Epidemiología de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española*; 1956:1169-1194.
- ∞ Colomo de la Villa. Observaciones personales sobre poliomielitis anterior aguda en los últimos tres años. *Acta Pediátrica Española* 1950; 93: 1017-1032.
- ∞ *Comité de Expertos en Poliomielitis. Tercer informe*. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS: 1960, nº 419, 203.
- ∞ *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe*. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS, 1958, 158.
- ∞ *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS. Segundo informe*. Ginebra: OMS, 1969. Informe técnico nº 419.
- ∞ *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS. Segundo informe (B)*. Traducido por González Espejo M, García Soro JM. *Rehabilitación* 1969; 3: 487-512.

- ∞ Crespo Santillana, Elordi, Falcón. La clínica y tratamiento de la poliomielitis en la epidemia de 1950. *Acta Pediátrica Española* 1952; 110:113-154.
- ∞ Crítica de libros. Pujol P. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III(3): 57.
- ∞ Cruz Hernández M. Consideraciones sobre las formas graves de poliomielitis en el último brote epidémico de Cádiz. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 57-72.
- ∞ Cruz Roja Española. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 192.
- ∞ De la Sierra Cano L. Formación del personal auxiliar para la reeducación en los Centros de Rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 329-346.
- ∞ Decreto 1 junio 1967 núm. 1243/67 (Mº. Educ. y Ciencia). FACULTAD E MEDICINA. Ordenación en Departamentos. B. O. Estado 19 junio 1967 (núm. 145).
- ∞ Decreto 13 abril 1961, núm. 792/61 (Mº Trabajo). Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Boletín-gaceta 30 mayo 1961 (núm. 128).
- ∞ Decreto 19 febrero 1959, núm. 242/59 (Mº Trabajo). Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Boletín 23 febrero 1959 (núm. 46).
- ∞ Decreto 21 abril 1966, núm. 907/66 (Mº Trabajo). SEGUROS SOCIALES. Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social. B.O. Estado 22 abril 1966, nº 96.
- ∞ Decreto 22 junio 1956 (Mº Trab. BB.OO. 15 julio, rect. 3 sept). Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo.
- ∞ Decreto 23 diciembre 1944 (Mº Trabajo). SEGUROS. Bases para el Seguro total. Boletín 13 enero (nº 13.).
- ∞ Decreto 24 septiembre 1964, núm. 3097/64 (Mº Gobernación). ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL. CREACIÓN. Boletín-gaceta 13 octubre 1964 (núm 246).



- ∞ Decreto 26 julio 1957 (Mº Educación Nacional). Especialización en Fisioterapia. B. O. 23 agosto 1957 (núm. 215).
- ∞ Decreto 28 junio 1957 (Mº Gobernación. B.O. 13 julio, R. 963). Creación del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Boletín 13 julio 1957 (núm. 180).
- ∞ Decreto 6 Junio 1949 (M.º Gobernación). Lucha contra la invalidez. Establecimiento. 908.
- ∞ Decreto 6 junio 1969, núm. 1140/69 (Mº Educ. y Ciencia). MEDICOS. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B. O. Estado 17 junio 1969 (núm. 144).
- ∞ Editorial. *Rev. Esp. Rehabilitación del aparato locomotor* 1961; 1: 1.
- ∞ Editorial: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1967; III: 6.
- ∞ Encuesta sobre poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1950; 94: 177.
- ∞ *Estado actual y fundamentos de la vacunación contra la poliomielitis. Campaña Nacional de Vacunación antipoliomielítica por vía oral.* Ministerio de la Gobernación. Dirección general de Sanidad. Madrid 1963.
- ∞ Esteban Múgica L. *Diagnóstico y tratamiento de la poliomielitis.* Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1957, p 9.
- ∞ Esteban Múgica L. *Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje.* Tercera edición Madrid: E. Paz Montalvo, 1962.
- ∞ Esteban Múgica, Schwarz Daigl, Gomiz Verdú. Influencia del aparato extensor externo del pie en la formación del pie valgo-pronado poliomielítico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI:39-51.
- ∞ Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología.* Barcelona: Ed. JIMS, 1963.
- ∞ Esteve de Miguel. Educación de los niños hospitalizados e inválidos. En: Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología.* Barcelona: Ed. JIMS, 1963.
- ∞ Estudios de especialización en Medicina Física y Rehabilitación de las afecciones del aparato locomotor. Programa para Auxiliares Fisioterapeutas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III(4): 57-77.

- ∞ Fernández Ballester ML. Poliomieltis en parálisis cerebral infantil. *Acta Fisioterápica Española* 1961; VI:53-57.
- ∞ Ferrandiz VL. *Parálisis Infantil. Poliomieltis, causas y profilaxis*. Barcelona: Salud y Vida, 1952.
- ∞ Galdó A. Laderlli A. Cruz Hernández M. Girón F. Memoria de Sanidad Infantil sobre los casos hospitalizados durante el año 1952 en el Departamento de poliomieltis de Granada. *Acta Pediátrica Española* 1953; 124: 423-445.
- ∞ García Díaz F, Vallina García V. El problema de Rehabilitación laboral en accidentados en el trabajo, especialmente mineros. Su trascendencia social y económica. *Acta Ortopédica-traumatológica Ibérica* 1954; II: 375-440.
- ∞ García Díaz. La rehabilitación y readaptación al trabajo del obrero accidentado. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 217-231.
- ∞ García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV(2): 11-12.
- ∞ Giménez V. Poliomieltis y escuela. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomieltis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 81-86.
- ∞ Giménez V. Problemas educativos creados por los niños afectos de enfermedades motoras de origen cerebral. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 65-70.
- ∞ González Más R. El centro de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1966; II: 153-168.
- ∞ González Más R. El inválido en los países subdesarrollados. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 45-50.
- ∞ González Más R. Rehabilitación del poliomieltico. En: González Más R *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 29 p.
- ∞ González Más R. Talleres protegidos para inválidos. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*, 1968; IV: 13-16.

- ∞ González Más R. *Tratado de Rehabilitación médica*. Barcelona: Ed. Científico Médica, 1969.
- ∞ González Rodríguez P. *Aspectos epidemiológicos y sociales de la poliomielitis. La parálisis infantil en España*. Colección de folletos para médicos nº 30. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1953.
- ∞ Gratzl. Citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298
- ∞ Grossior A. Ciosi-Fresnay C. Held JP. Beaupère G. A propósito de la prevención de las escoliosis poliomiélicas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 25-33.
- ∞ Grossior A. Ciosi-Fresnay C. Held JP. Beaupère G. Parálisis poliomiélica de los músculos abdominales. Su estudio clínico. Su papel en la etiología de la escoliosis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 51-60.
- ∞ Hernández Gómez R, Martínez Poza A, Roldán Álvarez A. Enseñanza de la Rehabilitación. *Rehabilitación* 1968; 2: 347-352.
- ∞ Hernández Gómez R. Rehabilitación y Traumatología. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 50-61.
- ∞ Hernández Gómez R. Conceptos y situaciones que deben ser revisados en Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967; 1: 413-424.
- ∞ Hernández Gómez R. Evolución histórica del concepto de discapacitado ante la sociedad. *Asclepio* 1965; XVII: 265-271.
- ∞ Hernández Gómez. Cinesiología y Rehabilitación. *Rehabilitación* 1967;1: 17-46.
- ∞ Hernández Gómez. El núcleo doctrinal. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V: 29-44.
- ∞ Houssa P. Readaptación profesional de los trabajadores con incapacidad física parcial. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 113-126.
- ∞ Ibrahim J. Enfermedades del Sistema Nervioso. En: Feer E. *Tratado de enfermedades de los niños*. 6ª edición Barcelona: Editorial Manuel Marín, 1941; 551-561.
- ∞ Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1964; IX: 45-46.
- ∞ Información. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV: 91-94.
- ∞ Información: estudios de especialización. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III: 93-94.

- ∞ Kessler H. Concepto de Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 5-12.
- ∞ Kessler H. Introducción. En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 1-3.
- ∞ Lamas. La sesión inaugural. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:13-18.
- ∞ Lamas. Posible contribución del S.O.E. en España a un plan de acción de la Seguridad Social para la readaptación del presunto inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:71-74.
- ∞ León Vázquez F. Patogenia de las deformidades poliomiélicas. *Revista Española de Rehabilitación del aparato locomotor* 1963; 3: 61-66.
- ∞ Leory D, Ryckelyneck. La presse médicale 1951; 21. Citado en: la Pediatría en la prensa médica española y extranjera, *Acta Pediátrica Española* 1952; 11: 149-150.
- ∞ Leroy D. El tratamiento de las alteraciones motoras de la poliomiélitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1959; IV:60-81.
- ∞ Lewin P. *Parálisis infantil. Poliomiélitis anterior*. Barcelona: Salvat editores, SA, 1945; 394 p.
- ∞ Ley 12 de Julio de 1941 (Jefatura del Estado). Sanidad. Maternal e Infantil. BOE 28 julio 1941.
- ∞ Ley 20 julio 1955 (Jefatura del Estado). MEDICOS. Enseñanza, título y ejercicio de especialidades. 1030. Boletín 21 julio 1955 (núm. 202).
- ∞ Ley 28 diciembre 1963, núm. 193/63 (Jefatura del Estado). Seguros Sociales. Bases de la Seguridad Social.
- ∞ Libro de Actas y Actos del VII Congreso Nacional de Pediatría. Sevilla 1949, tomo I, 896 pp.
- ∞ López Fernández A, Bataller Sallé J. Importancia de la rehabilitación en los planes de la Seguridad Social. *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:305-309.
- ∞ López Fernández A. Pasado y presenta de la Rehabilitación de la poliomiélitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V:45-59.

- ∞ López Quiles J, Silva Azaustre J. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Española* 1956; I: 55-66.
- ∞ Martín Lagos F. Prevención de deformaciones y Rehabilitación. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 103-122.
- ∞ Meana Negrete V. Algunos aspectos de la rehabilitación del inválido del aparato locomotor. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:233-243.
- ∞ Mezquita López M. *Evaluación de los resultados de la primera Campaña de vacunación oral contra la poliomielitis en España*. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1965.
- ∞ Moragas Moragas R. Fundamentos sociales de la Rehabilitación. *Anales de Medicina* 1966; LII: 307-321.
- ∞ Morales JL. Poliomielitis. Estudio epidemiológico, profilaxis y tratamiento. *Acta Pediátrica Española* 1950; 94: 1141-59.
- ∞ Moret Branyas. Terapia ocupacional y orientación profesional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 27-32.
- ∞ Noel G, Scalais M. Journal belg de medicine phisque et rhumatologie; 1956; 11: 149-156. Citado en *Acta Fisioterápica Española* 1956; I: 89-90.
- ∞ Noticiario. *Acta Fisioterápica Española* 1962; VII: 91.
- ∞ Noticiario. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 89-96.
- ∞ Noticiario. Creación de los Servicios de poliomielitis y Hemoterapia. *Acta Pediátrica Española* 1951; 102: 90.
- ∞ Noticiario. Estudios de especialización en Medicina Física. *Acta Fisioterápica Española* 1958; II:57-77
- ∞ Noticiario: la Comisión Mundial sobre investigación en Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 88-99.
- ∞ Noticiario: las Naciones Unidas en los programas de Rehabilitación Mundiales. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 93-96.
- ∞ Noticiario: programa de Rehabilitación de la OMS. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1964; IX: 77-79.

- ∞ Noticias: importancia de la Rehabilitación en la Pediatría. *Acta Pediátrica Española* 1958;192:69-71.
- ∞ Noticias: la vacuna de Salk para los niños españoles. *Acta Pediátrica Española* 1958; 188:37.
- ∞ O'Connor JJ, Wiener L. JAMA 1956: 162-164. Citado en *Acta Fisioterápica Española* 1958; III: 83-84.
- ∞ Olaizola Sarria B. Tratamiento de los trastornos respiratorios en los enfermos paralíticos. En: González Más R ed. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Científico-Médica 1969; 277-292.
- ∞ Oliveras Devesa M. El factor postural, elemento básico en la recuperación de poliomielítico. *Acta Fisioterápica Española* 1957; II: 11-19.
- ∞ Oñorbe Garbayo. *Invalidez y Rehabilitación* (folleto para médicos). Madrid: Servicio de Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, 1963.
- ∞ Orden 11 enero 1960 (Mº Gobernación). Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Reglamento. Boletín 3 febrero 1960 (núm. 29).
- ∞ Orden 23 abril 1951 (M.º Gob., B.O.25). Servicio contra parálisis infantil.
- ∞ Orden 25 febrero 1958 (Mº Educación Nacional). Escuela de Fisioterapia. La creación en Madrid. Boletín 18 abril 1958 (número 93).
- ∞ Orden 29 noviembre 1958 (Mº Gobernación). Asociación Nacional de Inválidos Civiles. Constitución.
- ∞ Orden 4 agosto 1947 (M.º Gob., B.O. 14). Centros de lucha contra la poliomielitis. 18943.
- ∞ Orozco Acuaviva A. Paidorrehabilitación. *Rehabilitación* 1968;2: 451-460.
- ∞ Orozco Acuaviva. Ideario sobre Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1969; V(3): 45-48.
- ∞ Orozco Acuaviva. La especialidad de Rehabilitación. *Rehabilitación* 1969; 3: 479-486.
- ∞ Orozco Delclós R. Rehabilitación y cirugía. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I: 38-40.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. Integración social del niño inválido. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV: 7-22.

- ∞ Parreño Rodríguez JR. Legislación internacional. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1967; III(3): 43-48.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1968; IV(2): 23-39.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación y acción social. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1965; I(1): 33-37.
- ∞ Paul WD. Respuesta termogénica a la aplicación de infrarrojos húmedos en individuos normales y en pacientes poliomielíticos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II: 33-44.
- ∞ Pérez Gallardo F, Najera Morrondo JA, Ruíz Falcó F, Najera Morrondo E. Epidemiología de la poliomielitis en España (quinquenio 1955-59). *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1962; 9:374-414.
- ∞ Pérez Sandoval D. Estudio químico y citológico del líquido cefalorraquídeo en la polio. *Acta Pediátrica Española* 1952; 115: 572-583.
- ∞ Piga. Bases y proyecto de un servicio de rehabilitación y valoración de lesionados en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 317-324.
- ∞ Plastridge. Citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298
- ∞ Portal Lamedo. Factor rehabilitación en el accidentado profesional. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 245-247.
- ∞ Pórtico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 7-8.
- ∞ Pórtico. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 11.
- ∞ Prim Alegria. Informe sobre la asociación de técnicos ortopédicos. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 67-68.
- ∞ Progresos en Medicina Física y Rehabilitación. Solomon VH. *J.A.M.A.* 1954; 156: 753. Citado en *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 87.
- ∞ Reunión de ponencias. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 356-366.

- ∞ Rodríguez Pedreira J. Epidemiología de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1958;191:864-69.
- ∞ Roger Villar R. Comentarios sobre las corrientes exponenciales en el tratamiento de las parálisis poliomielíticas. *Boletín de la Sociedad Valenciana de Pediatría* 1963; 20: 1-10.
- ∞ Rossi. Citado en Bosch Marín J. Problemas que plantea actualmente la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1956; 167: 984-1026.
- ∞ Ruíz Marín JA. Algunas notas prácticas sobre un brote epidémico de polio. *Acta Pediátrica Española* 1952; 120:1032-36.
- ∞ Rusk H. Problemas de Rehabilitación de los niños. En: Rusk H. *Medicina de Rehabilitación* .2ª edición México: Editorial Interamericana, 1966; 589-599.
- ∞ Rusk H. Rehabilitación: un problema internacional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II(1): 81-83.
- ∞ Rusk HA. Rehabilitación del poliomielítico. En: Rusk HA. *Medicina de Rehabilitación*. 2ª edición México: Editorial Interamericana SA, 1966; 440-56.
- ∞ Rusk HA. Rehabilitación. JAMA, 1949; 140: 286-292. Citado en ref. Kottke del Krusen.
- ∞ Sabanés J. Sobre orientación profesional en enfermos con secuelas motoras. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1958; III: 59-69.
- ∞ Sales-Vázquez R, Ballus Pascual C. Los problemas psicosociales en poliomielitis y sus principios asistenciales. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 136-151.
- ∞ Sales-Vázquez R. Los factores psico-bio-sociales de la invalidez. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957; 75-79.
- ∞ Sanchis Olmos V. *El pie talo poliomielítico y su tratamiento (estudio de 170 casos)*. Madrid: Espasa Calpe, 1940.
- ∞ Sanchis Olmos. Discurso inaugural del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y de Rehabilitación Funcional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1956; I: 11-15.



- ∞ Sanchís Olmos. Rehabilitación. En: *Aportación española al V Symposium Europeo sobre poliomielitis*. Madrid: Publicaciones al Servicio del niño español: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1958; 157-156.
- ∞ Sanchís-Olmos V. Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:325-328.
- ∞ Sanz Ibañez J. Epidemiología de la poliomielitis. III Jornadas médicas Aragonesas. Ponencia: *Poliomielitis*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 1958; 5-22.
- ∞ Sanz Ibañez J. *Nuevas adquisiciones sobre poliomielitis (folleto para médicos)*. Dirección General de Sanidad. Ministerio de la Gobernación. Madrid 1954.
- ∞ Serrano Díaz E. Discurso de apertura al IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica*; 1963: VIII(2): 19-24.
- ∞ Serrano Díaz E. Organización de la lucha contra la poliomielitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VI: 13-27.
- ∞ Sierra Forniés A. Cirugía del simpático en las secuelas poliomielíticas. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1961; VII: 29-39.
- ∞ Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1957; II(4): 85-88.
- ∞ Stimson, citado en Aldecoa Jaristi JL. Tratamiento de la poliomielitis. *Acta Pediátrica Española* 1951; 106: 1246-1298
- ∞ Stranberg B, Jespersen K, Sury B. Educación y enseñanza del personal médico y no médico en Medicina Física y Rehabilitación. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 55-74.
- ∞ Such Sanchis. El Sanatorio Nacional de Trillo como centro de rehabilitación social-laboral. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 347-349.
- ∞ Torres Gost J, Figueroa Echea D, Salvia Torres D, Oncina Gomis J. Resultados del tratamiento fisioterápico del poliomielítico agudo en el Hospital del Rey, de Madrid. *Acta Fisioterápica Española* 1961; VI: 51-55.

- ∞ Torres Gost J. *Curso de poliomiелitis y tétanos*. Instituto de Fisiología y Patologías Regionales de Tenerife. Tenerife 1960.
  - ∞ Troisier O, Grossiord A. Evolución de la fuerza muscular en los poliomiелíticos tratados según la técnica de la resistencia máxima. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962; VII: 37-43.
  - ∞ Trueta J, Wilson K, Agerholm M. *Poliomiелitis, principios y práctica de su tratamiento*. Primera edición Barcelona: Ed. Juventud, 1957.
  - ∞ Vaamonte E. El lisiado y la comunidad laboral. *Rehabilitación* 1968; 2 (3): 369-383.
  - ∞ Valdés Santurio E. Algunas consideraciones acerca del tratamiento de las parálisis poliomiелíticas del miembro inferior, con especial referencia a los trastornos vasculares y del crecimiento. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1960; V: 41-71.
  - ∞ Vallbona C, Spencer W. Clasificación sistemática de las secuelas crónicas de la poliomiелitis. *Acta Fisioterápica Ibérica* 1962;VII:23-34.
  - ∞ Vaquero González F. La organización de la Rehabilitación en las secuelas poliomiелíticas. *Revista española de Rehabilitación del aparato locomotor* 1963; 3:1-10.
  - ∞ Vaquero Hernández F. La Rehabilitación de los fracturados. *Rev Esp de Rehabilitación del aparato locomotor* 1962; II: 108-117.
  - ∞ Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957:61-64.
  - ∞ Vigil Lorenzo E. Incidencia de poliomiелitis en niños afectados de parálisis cerebral espásticas. *Acta Pediátrica Española* 1955; 148:250-259.
  - ∞ Vigil Lorenzo R. La vacunación contra la enfermedad de Heine-Medin. *Acta Pediátrica Española* 1956; 157: 28-44.
  - ∞ Viladot A. La cirugía ortopédica en la rehabilitación del inválido. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1957: 275-279.
-

## VI.- BIBLIOGRAFIA SECUNDARIA

- ∞ Aguado Díaz AL. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial 1995.
- ∞ Aguila Maturana A. ¿La poliomielitis ataca de nuevo?. *Rehabilitación (Madr)* 1999;33: 287-359.
- ∞ Alonso García B. *El régimen jurídico de la Protección Social del Inválido*. Madrid: editorial Civitas SA, 1997.
- ∞ Alvarez Badillo A. Proyecto docente. 1999.
- ∞ Álvarez de la Rosa, J.M. *Invalidez permanente y Seguridad Social*, Madrid: Editorial Civitas, 1982.
- ∞ Alvarez Junco J. (coord.). *Historia de la Acción social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.
- ∞ Alvarez Nebreda C. *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis, 1994.
- ∞ Análisis de la morbilidad y mortalidad por causas: poliomielitis. En: *Análisis de la Situación Sanitaria Española. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*. Subsecretaría de la salud, 1977; 115-117.
- ∞ Andueza Echevarría MA. Fisioterapia. En: *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Paz, 1974.
- ∞ Anónimo. Historia de los programas de formación. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 75-102.
- ∞ Auriach A. Rééducation dans le traitement de la poliomyélite. *Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie*, 4.3.09,26 450 A-10.
- ∞ Aznar López M. La acción administrativa en favor de los minusválidos. *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975;1: 5-17.

- ∞ Aznar López M. La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social Española (I). *Boletín Estudios y Documentación del SEREM* 1977;7: 21-34.
- ∞ Aznar López M. La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social Española (II). *Boletín Estudios y Documentación del SEREM* 1978;11: 17-34.
- ∞ Aznar López M. Los minusválidos físicos y psíquicos en la legislación española. *Boletín Estudios y Documentación del SEREM* 1975; separata nº 1.
- ∞ Bachiller Baeza, Á. *La Medicina Social en España (El Instituto de Reeducción y la Clínica del Trabajo 1922-1937)*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid. 1985.
- ∞ Basford JR. Physical agents. En: Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998; 483-503.
- ∞ Bauer D.. *Rehabilitación: enfoque integral. Principios prácticos*. 1ª edición. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas SA. Masson-Salvat Medicina. 1992.
- ∞ Bikkal, D. Las siete etapas de evolución del seguro de Accidentes de Trabajo. *Revista del Trabajo* 1963; 4: 51-65.
- ∞ Black K. *In the shadow of polio: a personal and social history*. Didson-Wesley, 1996.
- ∞ Blanco Argüelles M, Silvestre Ferrer R, Llanos Alcázar F. Tratamiento ortopédico y de rehabilitación del pie equino-plano-valgo poliomiélico. *Rehabilitación* 1973; /:63-85.
- ∞ Blanco Argüelles M. Necesidad de centros de Rehabilitación y ortopedia para niños. *Rehabilitación* 1972;6: 249-252.
- ∞ Bory de Fortuni I, Peña Arrebola A. La publicación científica especializada. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación nº 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 47-52.
- ∞ Carasa Soto P. Juan Luis Vives y la valoración de la capacidad humana. *Boletín del Real Patronato de Prevención y de atención a personas con minusvalía* 1992; 22: 7-35.

- ∞ Cibeira JB. La Rehabilitación como especialidad del aparato locomotor. En: Cibeira JB. *Bioética y Rehabilitación*. Buenos Aires: El Ateneo, 1997; 100.
- ∞ Climent JM. *De la Física Terapéutica a la Rehabilitación*. En prensa.
- ∞ Cohen JI. Enterovirus y reovirus. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL eds. *Harrison, Principios de Medicina Interna* Madrid: McGrawHill-Interamericana de España, S.A.U., 1998; 1282-3.
- ∞ Comentary. The physician and the handicapped child. JAMA 1982;247(24):3325-26.
- ∞ Covey HC. Social perceptions of people with disabilities in history. Springfield: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1998.
- ∞ Crowther H. Rehabilitation: its relationship to physiotherapy. Physiotherapy 1982; 68 (7): 221-23.
- ∞ Da Costa Carballo CM. *Introducción a la información y documentación médica*. Barcelona: Masson SA, 1996.
- ∞ Del Peso y Calvo C. *La protección legal del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional (1900-1967)*. Madrid, 1971.
- ∞ Delisa JA, Gans BM. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*. 3<sup>rd</sup> ed Philadelphia: Lippincott-Raven publishers, 1998.
- ∞ Domínguez A, Pumarola T. Vacuna antipoliomielítica. En: *Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones*. Lluís Salleras Sanmartí. Barcelona: MASSON S.A., 1998; 125.
- ∞ Fernández Conradi L, Fernández Granda A. Legislación española en materia de invalidez y minusvalía dentro del régimen de la Seguridad Social. *Rehabilitación* 1991; 25: 341-347.
- ∞ García Viso M. La traducción española de los términos relacionados con la discapacidad en los textos de las Naciones Unidas. Boletín del Real Patronato de Prevención y de atención a personas con minusvalía 1994; 28:7-17.
- ∞ Garrido-Lestache. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 64-67.

- ∞ Gili Planas J, Condomines Manzano R. Evolución histórica de la Física Médica. *Medicina e Historia* 1977;65: I-XVI.
- ∞ González de Pablo A. Los modelos históricos del cuidado de la Salud. *El médico* 1999; 708: 70-78.
- ∞ González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 1-31.
- ∞ González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII:7-31.
- ∞ Gould Tony. A Summer plague. *Polio and its survivors*. London: Yale University Press, 1995.
- ∞ Gritzer G, Arluke A. *The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980*. Berkely: University of California Press, 1985.
- ∞ Halstead JS. Team care in chronic illness: a critical review of the literature in the past twenty-five years. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1976; 57: 507-511.
- ∞ Halstead L. Pos-polio syndrome. *Scientific American* 1998; april: 36-41.
- ∞ Halstead L. Síndrome postpolio. *Investigación y Ciencia* 1998; Junio: 12-18.
- ∞ Hardy A. Poliomyelitis and the neurologists: the view from England, 1896-1966. *Bull. Hist. Med.* 1997; 71:249-72.
- ∞ Hernández Gómez R. La Rehabilitación en España (1). *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1974; X: 51-59.
- ∞ Hernández Gómez R. Teoría de la enseñanza en Rehabilitación (1). *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica* 1971; VII: 27-35.
- ∞ Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 3-15.
- ∞ Hislop HJ, Montgomery J. Daniels-Worthingham's, *Pruebas funcionales musculares*. Sexta edición Madrid: Marban, 1997.
- ∞ Kottke FJ, Lehmann JF. *Medicina Física y rehabilitación*. Cuarta edición Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993.
- ∞ La OMS pide un último esfuerzo frente a la poliomielitis. *7 Días Médicos*; 12-II-99, n° 392: 26-27.

- ∞ Laín Entralgo. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1988.
- ∞ Lardies González J. Génesis y unificación del concepto de poliomielitis. *Asclepio* 1974; XXVI: 135-140.
- ∞ *Libro blanco de Medicina Física y de rehabilitación*. Academia Médica Europea de rehabilitación, Federación Europea de Medicina Física y de rehabilitación, Unión Europea de Médicos Especialistas (sección monoespecializada de Medicina Física y de Rehabilitación). Ed Universidad Complutense de Madrid y Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. 1989.
- ∞ López Piñero JM, Terrada ML. *Bibliographia Medica Hispanica 1475-1950*. Vol VIII. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia CSI, 1990.
- ∞ Los virus. En: *Historia de la Medicina. Desde la prehistoria hasta el año 2000*. Jenny Sutchiffe, Nancy Duin. 1º Edición Barcelona: Blume, 1993; 108-203.
- ∞ Martín Lagos. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación". *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 33-44.
- ∞ Martín Sánchez A. *Prestaciones de Salud: la necesaria reforma del Sistema Sanitario Español*. Madrid: Editorial Actas, 1996.
- ∞ Martínez Pérez J. La organización científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 131-158.
- ∞ Martínez Pérez, J. La salud laboral en la II República: la actitud de los médicos ante la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria. En: Huertas, R.; Campos, R. (eds.). *Medicina Social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, t. 1. Madrid: FIM, 1992; 349-369.
- ∞ Matilla. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 46-48.
- ∞ Medina Doménech RM. *¿Curar el cáncer?. Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX*. Granada: Universidad de Granada, 1996.
- ∞ Miangolarra Page JC. Proyecto docente. 2000.

- ∞ Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, *Los derechos Humanos*, Madrid: 1977,41-44.
- ∞ Molero Mesa J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis* 1994; 14:199-225.
- ∞ Molina Ariño A. *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación*. Valladolid: Editora Médica Europea S.A., 1990.
- ∞ Montalvo Doria-Medina J. Concepto de Rehabilitación, historia, fines y aspectos socioeconómicos de la Rehabilitación. En: Ministerio de Trabajo. *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes I*. 1973: 14-31.
- ∞ Múgica E. *Rehabilitación funcional por ejercicios*. Madrid: Paz Montalvo, 1972.
- ∞ Noticias: Declaraciones de la Presidenta de la Asociación Española de Lucha contra la poliomielitis. *R.E.S.I.E.* 1970; III: 177-180.
- ∞ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1983.
- ∞ Orozco Acuaviva A. Recorrido histórico-artístico por el mundo de los discapacitados. *Rehabilitación* 1977; 11(1): 61-69.
- ∞ Palacios Sánchez J. Historia del C.P.E.E. de Reeducción de Inválidos. Antiguo INRI. Madrid: Ed. Seamer, 1988.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. El minusválido y su Rehabilitación a través de la historia. *Rehabilitación* 1978; 12 (4): 421-429.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. La Rehabilitación de los minusválidos físicos en la legislación española. *Rehabilitación* 1976;10: 393-408.
- ∞ Parreño Rodríguez JR. La sociedad científica y sus actividades. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 33-43.
- ∞ Pascual de Riquelme MD. Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (I). *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975; 1:77-82.



- ∞ Pascual de Riquelme MD Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (II). *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM* 1975; 1:85-88.
- ∞ Paul JR. A history of poliomyelitis. London: Yale University Press, 1971.
- ∞ Piédrola Gil G, Cortina Greus P. Enterovirosis. Concepto. Poliomiелitis epidémica. Recuerdo histórico y etiopatogénico. Epidemiología. Medicina preventiva. Vacunación. Lucha contra la poliomiелitis. En: Pumarola Busquets A, Piédrola Gil G, González Fuste F, Del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Piédrola Angulo G y cols. *Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad ambiental*. Tomo I. VII Edición Madrid: AMARO. Ediciones, Publicaciones, 1983; 537-552.
- ∞ Piédrola Gil. Discusión de la comunicación "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación" *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* 1970; LXXXVII: 49-52.
- ∞ Porras Gallo MI. El camino hacia la instauración del seguro obligatorio de enfermedad. *El médico* 1998, 5-VI: 70-77.
- ∞ Price B. Giving the patient control: a model for rehabilitation. *Nursing Times* 1986; 82(20): 28-30.
- ∞ *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías. Madrid 1988.
- ∞ Reves Martín A. Valoración de incapacidades en niños. *Rehabilitación* 1991;25:376-381.
- ∞ Robles Gómez E. Desarrollo y Planificación de las Unidades asistenciales y docentes. Hidalgo de Caviades A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. *Especialidades Médicas: Rehabilitación n° 38*. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 17-30.
- ∞ Rodríguez Ocaña, E. *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- ∞ Rodríguez Rodríguez LP, Ruiz García H, Pastrana Pérez-Canales R, Forner Valero V, Asirón Iribarren PJ, Caballé Lancry C. et al. Informe de la Comisión Nacional de Rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación* 1979; 13: 347-361.

- ∞ Rodríguez Rodríguez LP, Oelza F, Widmer H, Bardot A, Macouin A, Aitken C et al. El papel del médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación en la evaluación de la minusvalía para la inserción socio-profesional. *Rehabilitación (Madr)* 1988; 22: 19-30.
- ∞ Rodríguez Rodríguez LP, Ponce Vázquez J, Pascual Gómez F, Varela Donoso E, Alvarez Badillo A. malformaciones congénitas en las extremidades en un dibujo de Goya titulado "Cosa rara". *Rehabilitación (Madr)* 1998;32: 274-276.
- ∞ Salmerón García F. Las enfermedades sometidas a programas de vacunación: aspectos epidemiológicos y preventivos. En: Martínez Navarro.F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana DL, 1997; 477-495.
- ∞ Sigerist, HE. De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre la seguridad social". En: Lesky, E. *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984;187-209.
- ∞ Sopelana Rodríguez JI. Poliomiелitis. Formas clínicas. Tratamiento fisioterápico y ortopédico. En: *Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Paz, 1975; 441-462.
- ∞ Verdugo MA. Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En: Miguel Angel Verdugo Alonso(dir). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. 1ª edición, Madrid: Siglo Veintiuno editores, SA. 1995. 1-35.
- ∞ Wirotius JM. Histoire de la rééducation. *Encyl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Rééadaptation*, 26-005-A-10, 1999; 26 p.
- ∞ Wyatt HV. Poliomyelitis. En : Kiple KF. *The Cambrige word history of human disease*. Cambridge University Press, 1993; 942-950.
- ∞ Zauner Gutmann A. *Estudio sobre centros de Rehabilitación y Curhoteles*. Segunda edición Barcelona: Editorial JIMS, 1975.

## **VII.- ANEXOS**

## ANEXO I

---

### LEGISLACION CONSULTADA

#### ***Previa al periodo estudiado:***

- ∞ Circular 28 agosto 1916 (M° Gobernación G. 30). Reglas para evitar la invasión de poliomielitis.
- ∞ Ley 12 de Julio de 1941 (Jefatura del Estado). Sanidad. Maternal e Infantil. BOE 28 julio 1941.
- ∞ Decreto 23 diciembre 1944 (M° Trabajo). Seguros. Bases para el Seguro Total. Boletín 13 enero (núm. 13).
- ∞ Orden 4 agosto 1947 (M.º Gob., B.O. 14). Centros de Lucha contra la Poliomielitis. 18943.

\*\*\*\*\*

#### ***Durante el periodo estudiado:***

- ∞ Decreto **6 Junio 1949** (M.º Gobernación). Lucha contra la Invalidez. Establecimiento. 908.
- ∞ Orden 23 abril 1951 (M.º Gob., B.O.25). Servicio contra parálisis infantil.
- ∞ Ley 20 julio 1955 (Jefatura del Estado). Médicos. Enseñanza, título y ejercicio de especialidades. 1030. Boletín 21 julio 1955 (núm. 202).
- ∞ Decreto 22 junio 1956 (M° Trab. BB.OO. 15 julio, rect. 3 sept). Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo.
- ∞ Decreto **28 junio 1957** (M° Gobernación. B.O. 13 julio, R. 963). Creación del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Boletín 13 julio 1957 (núm. 180).
- ∞ Decreto 26 julio 1957 (M° Educación Nacional). Especialización en Fisioterapia. B. O. 23 agosto 1957 (núm. 215).

- ∞ Orden 25 febrero 1958 (Mº Educación Nacional). Escuela de Fisioterapia. La creación en Madrid. Boletín 18 abril 1958 (núm. 93).
- ∞ Orden 29 noviembre 1958 (Mº Gobernación). Asociación Nacional de Inválidos Civiles. Constitución.
- ∞ Decreto 19 febrero 1959, núm. 242/59 (Mº Trabajo). Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Boletín 23 febrero 1959 (núm. 46).
- ∞ Orden **11 enero 1960** (Mº Gobernación). Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Reglamento. Boletín 3 febrero 1960 (núm. 29).
- ∞ Decreto 13 abril 1961, núm. 792/61 (Mº Trabajo). Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Boletín-gaceta 30 mayo 1961 (núm. 128).
- ∞ Ley **28 diciembre 1963**, núm. 193/63 (Jefatura del Estado). Seguros Sociales. Bases de la Seguridad Social.
- ∞ Decreto 24 septiembre 1964, núm. 3097/64 (Mº Gobernación). Escuela de Terapia Ocupacional. Creación. Boletín-gaceta 13 octubre 1964 (núm 246).
- ∞ Decreto 21 abril 1966, núm. 907/66 (Mº Trabajo). Seguros Sociales. Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social. B.O. estado 22 abril 1966, nº 96.
- ∞ Decreto 1 junio 1967 núm. 1243/67 (Mº. Educ. y Ciencia). Facultad de Medicina. Ordenación en departamentos. B. O. Estado 19 junio 1967 (núm. 145).
- ∞ Decreto **6 junio 1969**, núm. 1140/69 (Mº Educ. y Ciencia). Médicos. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B. O. Estado 17 junio 1969 (núm. 144).

## **ANEXO II**

---

# **ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR BAJO EL PATROCINIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACION**

**HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE BARCELONA**

**Director: Dr. L. García Tornel**

En el próximo mes de octubre se iniciarán los estudios de especialización en Medicina Física y Rehabilitación de las enfermedades del aparato locomotor, bajo la dirección de los Dres. J. M. Poal y F. Barnosell, como Jefes del Servicio Central de Rehabilitación, con la colaboración de los Jefes del Servicio del Hospital y destacadas personalidades nacionales y extranjeras.

Los estudios de especialización durarán dos años y se desarrollarán en dos cursos, el primero de los cuales comenzará el día 1 de octubre de 1958, y concluirá el 15 de junio de 1959. El segundo curso dará comienzo el día 1 de octubre de 1959 y terminará el 15 de junio de 1960.

Para inscribirse en estos estudios de especialización será preciso estar en posesión del título de doctor o licenciado en Medicina.

En el primer curso se estudiarán las siguientes materias:

- ∞ Embriología, Anatomía, Histología, Fisiología y Fisiopatología del aparato locomotor.
- ∞ Técnicas exploratorias en las afecciones del aparato locomotor: electrodiagnóstico, electromiografía, pletismografía, determinación de temperaturas cutáneas, radiología vascular periférica, radiología funcional, telerradiología métrica, test muscular, biopsia y anatomía patológica de las estructuras del aparato locomotor, punción articular, fotografía clínica y metabolimetría funcional.
- ∞ Electroencefalografía.
- ∞ Física aplicada. Electroterapia (onda corta, ultrasonidos, infrasonidos, radar, estimulación eléctrica neuromuscular, iontoforesis, infrarrojos, ultravioleta, etc). Nursing. Cinesiterapia pasiva y activa (analítica y de coordinación). Mecanoterapia. Hidroterapia. Masaje.
- ∞ Psicología clínica. Psiquiatría. Ética de la especialidad.

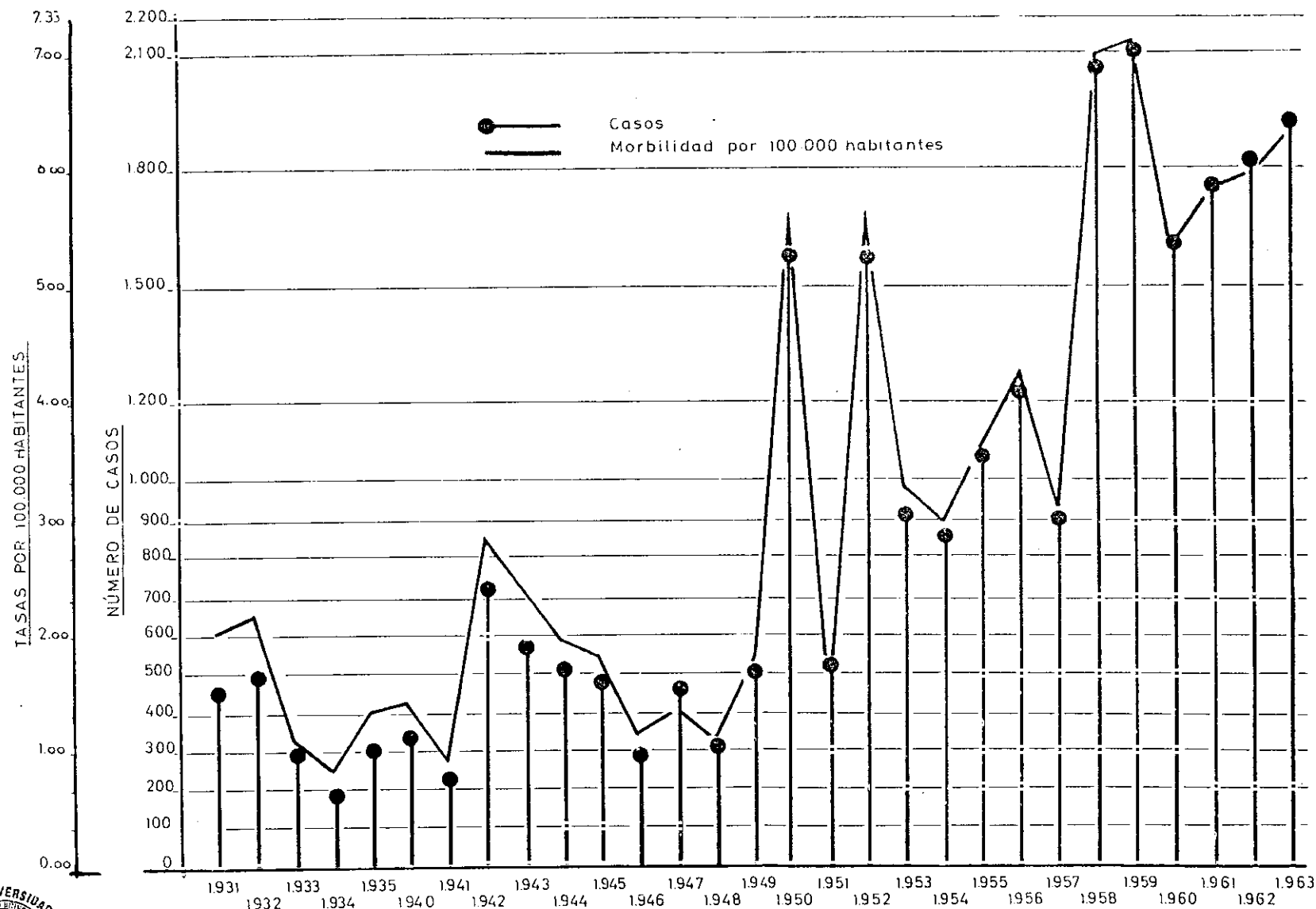
Las materias a tratar en el segundo curso versarán sobre:

- ∞ Clínica, Terapéutica y Rehabilitación en las afecciones neurológicas, reumáticas, vasculares periféricas, traumatológicas, ortopédicas y quirúrgicas del aparato locomotor.
- ∞ Terapéutica ocupacional. Guía vocacional y orientación profesional. Rehabilitación laboral. Ortopédica mecánica. Prótesis.
- ∞ Organización y Administración de un Centro de Rehabilitación. Humanidades en relación con la Rehabilitación. Legislación vigente (Seguro Obligatorio de Enfermedad, incapacidades laborales, etc.).

Durante los dos cursos semanalmente se darán 5 horas de clases teóricas, 12 horas de clases prácticas y una hora de cinematografía en relación con la especialidad. Las clases prácticas se darán en turnos rotatorios en los distintos servicios técnicos de diagnóstico y tratamiento.

A todos los alumnos se les asignarán temas de investigación durante cada uno de los cursos.

La matrícula será limitada.



GRÁFICA 2ª  
POLIOMIELITIS EN ESPAÑA

NÚMERO DE CASOS DECLARADOS Y TASAS DE MORBILIDAD EN LOS AÑOS QUE SE INDICAN

